ACTES OFFICIELS
DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
N° 51



ACTIVITÉ DE L'OMS
EN
1953

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
À
L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
ET AUX
NATIONS UNIES

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
PALAIS DES NATIONS
GENÈVE
Mars 1954

ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations employées dans les *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé:*

AAT	— Administration de l'Assistance technique
BAT	— Bureau de l'Assistance technique
BIT	— Bureau International du Travail
BSP	— Bureau Sanitaire Panaméricain
CAC	— Comité administratif de Coordination
CAT	— Comité de l'Assistance technique
CEAEO	— Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient
CEAL	— Commission Economique pour l'Amérique latine
CEE	— Commission Economique pour l'Europe
CIOMS	— Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
FAO	— Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture
FISE	— Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
FMANU	— Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies
OACI	— Organisation de l'Aviation Civile Internationale
OIC	— Organisation Internationale du Commerce (Commission Intérimaire)
OIHP	— Office International d'Hygiène Publique
OIT	— Organisation Internationale du Travail
OMM	— Organisation Météorologique Mondiale
OSP	— Organisation Sanitaire Panaméricaine
UIT	— Union Internationale des Télécommunications
UNESCO	— Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNKRA	— Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée
UNRWAPRNE	— Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

---

IMPRIMÉ EN SUISSE

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction v

PARTIE I — APERÇU GÉNÉRAL

Chapitre 1. Maladies transmissibles 3
Chapitre 2. Bureau de Recherches sur la Tuberculose 18
Chapitre 3. Services de santé publique 20
Chapitre 4. Enseignement et formation professionnelle 36
Chapitre 5. Services d'épidémiologie et de statistiques sanitaires 42
Chapitre 6. Médicaments et autres substances thérapeutiques 49
Chapitre 7. Envois de fournitures 55
Chapitre 8. Publications et documentation 57
Chapitre 9. Information 59
Chapitre 10. Questions d'ordre constitutionnel, financier et administratif 62

PARTIE II — LES RÉGIONS

Chapitre 11. Région africaine 67
Chapitre 12. Région des Amériques 71
Chapitre 13. Région de l'Asie du Sud-Est 77
Chapitre 14. Région européenne 84
Chapitre 15. Région de la Méditerranée orientale 97
Chapitre 16. Région du Pacifique occidental 105

PARTIE III — COOPÉRATION AVEC D'AUTRES ORGANISATIONS

Chapitre 17. Coordination des travaux de l'OMS avec ceux d'autres organisations 115
Chapitre 18. Programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique . . . 122

PARTIE IV — LISTE DES PROJETS

Projets terminés ou en cours d'exécution en 1953 129

CARTES

1. Règlement sanitaire international : Position au 31 décembre 1953 44
2. Le Continent africain 67

ANNEXES

Pages

1. Etats Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé 155
2. Composition du Conseil Exécutif 156
3. Tableaux d'experts et comités 157
4. Conférences et réunions organisées en 1953 par l'Organisation Mondiale de la Santé ou avec son aide 162
5. Colloques et cours de formation professionnelle internationaux 164
6. Conférences et réunions convoquées en 1953 par l'ONU et les institutions spécialisées, et auxquelles l'OMS a été représentée 168
7. Conférences et réunions convoquées en 1953 par des organisations non gouvernementales et d'autres organisations, et auxquelles l'OMS a été représentée 171
8. Calendrier provisoire des réunions constitutionnelles de l'OMS en 1954 174
9. Organisations non gouvernementales admises à des relations officielles avec l'OMS 174
10. Budget ordinaire de 1953 175
11. Etat des contributions et avances au fonds de roulement 176
12. Structure du Secrétariat du Siège 181
13. Fonctionnaires supérieurs de l'Organisation Mondiale de la Santé 182
14. Effectif et répartition du personnel 183
15. Répartition du personnel d'après la nationalité 185
16. Bourses d'études accordées en 1953 186

INTRODUCTION

L'ANNÉE 1953 doit être considérée comme se rattachant encore à la phase initiale de l'Organisation Mondiale de la Santé, et, par suite, comme une année de croissance, d'adaptation et de consolidation. A tous les échelons, tant au Siège que dans les Régions, on a continué à dégager — et à mettre le plus possible en pratique — les leçons des tâtonnements et des erreurs, aussi bien que des réussites, qui ont caractérisé les premières années de l'OMS. Je suis certain que le lecteur ne cessera de trouver, au fur et à mesure qu'il tournera les pages du présent Rapport, des exemples d'activités qui, par leur conception et leurs modalités d'exécution, répondent plus exactement à ce qui est devenu l'une des préoccupations fondamentales de l'OMS : contribuer par tous les moyens disponibles au renforcement des services nationaux de santé.

Il ne saurait faire de doute, en effet, que la plupart des projets entrepris en 1953 reposent sur une définition des problèmes plus concrète et précise que précédemment. Il est non moins évident que des considérations nettement réalistes ont, dans une mesure toujours plus marquée, présidé au choix des méthodes et des techniques d'exécution. Et il est un fait capital dont chacun de nous se rend de mieux en mieux compte, c'est que l'OMS doit organiser son action en reconnaissant que la santé mondiale est un élément, certes essentiel et central, mais un élément seulement du vaste domaine où s'exercent les efforts nationaux et internationaux en vue d'améliorer l'ensemble des conditions économiques et sociales dans le monde.

La tendance à remplacer les mesures d'urgence par des programmes équilibrés destinés à répondre à des besoins à long terme a peut-être eu pour effet de dépouiller en partie certains des projets exécutés en 1953 du caractère spectaculaire que revêtaient, pour le grand public comme pour les techniciens, les initiatives antérieures de l'OMS. Cette perte se trouve toutefois largement compensée, à mon avis, par l'accroissement d'efficacité qui est résulté du fait que l'Organisation a pris plus clairement conscience des moyens par lesquels elle peut contribuer aux progrès de la santé et de la prospérité.

Nombreuses sont les réalisations de l'OMS en 1953 qui, à des degrés divers, témoignent de cette évolution. En allant ainsi de l'avant, malgré les difficultés financières prolongées et extrêmement graves qu'il lui a fallu surmonter pendant l'année, l'Organisation a prouvé une fois de plus sa force et son dynamisme.

*

Pour résumer brièvement les principales tendances et caractéristiques nouvelles de l'activité de l'OMS en 1953, je crois utile de donner tout d'abord quelques exemples de l'aide directe que différents bureaux ou services de l'Organisation ont apportée aux administrations sanitaires nationales. Un exemple particulièrement frappant est l'étude effectuée par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, à la demande du Gouvernement de la Birmanie, en vue d'une réorganisation complète de la Direction centrale de la Santé de ce pays. Les recommandations soumises au Gouvernement, à la suite de cette enquête, ont été immé-

diatement acceptées. Pour la première fois, d'autre part, un cours destiné à la formation d'infirmières de la santé publique, sanctionné par la délivrance d'un diplôme, a pu être institué et mené à bonne fin dans cette Région.

Dans toutes les Régions d'une façon générale, et plus particulièrement dans celles des Amériques et de la Méditerranée orientale, la mise en œuvre de projets sanitaires globaux (comme au Salvador, en Egypte, au Pérou, etc.) commence à se répercuter favorablement sur le développement des services locaux de santé. En démontrant à la fois la possibilité et l'avantage d'une coordination des efforts, les projets de ce genre incitent les gouvernements à mieux élaborer leurs programmes avant de passer à l'exécution, et ils encouragent les pays dont les services de santé publique sont encore en période de formation à instituer d'emblée des services rationnels et cohérents.

Il est désormais manifeste que l'OMS devra faire appel à toutes les ressources de son ingéniosité pour perfectionner le mécanisme extrêmement complexe et forcément lent de la coordination et de l'intégration des services. Notre meilleur — et peut-être notre unique espoir à cet égard — est que les gouvernements soient de plus en plus nombreux à se rendre compte que pour être efficace, l'action sanitaire doit s'insérer dans un ensemble organique plus vaste, et que, dans chaque pays, le progrès nécessite l'amélioration simultanée des conditions sanitaires et des conditions économiques et sociales, qui sont étroitement interdépendantes.

*

Dans toutes les Régions, des efforts intensifs ont été accomplis en 1953 en vue de développer, par tous les moyens disponibles, l'enseignement et la formation professionnelle, de façon à assurer, pour les différents types de services sanitaires, un personnel compétent de techniciens et d'auxiliaires. Dans les Amériques, par exemple, le Bureau régional a aidé les écoles de santé publique qui accueillent des étudiants d'autres pays à améliorer leur enseignement et à s'équiper de manière à pouvoir former du personnel d'assainissement pour tous les pays de la Région.

Grâce à l'organisation de conférences et de colloques plus nombreux, beaucoup de pays ont pu continuer à avoir accès aux informations scientifiques les plus récentes.

La conférence régionale africaine sur l'enseignement infirmier, à laquelle participèrent des représentants de vingt pays et territoires, a été considérée comme l'amorce d'un échange régulier d'informations concernant les problèmes infirmiers en Afrique. La discussion a porté avant tout sur les types de services infirmiers qui répondent le mieux au stade actuel de développement de cette Région et sur les méthodes de formation professionnelle à adopter, étant donné le genre d'élèves, hommes ou femmes, qui désirent entrer dans la profession.

L'intérêt que l'OMS porte au développement de l'éducation sanitaire de la population a été particulièrement mis en lumière en 1953 par deux conférences organisées à Londres et à Mexico. Ces conférences avaient pour but de permettre des confrontations d'expériences entre administrateurs médicaux et spécialistes de l'éducation sanitaire et de favoriser les progrès de l'éducation sanitaire dans les pays représentés. Les participants ont insisté sur le rôle essentiel que le personnel et les services d'enseignement peuvent jouer pour inculquer de bonnes habitudes d'hygiène aux enfants d'âge scolaire, à leurs parents et aux membres des collectivités rurales.

La première conférence mondiale sur l'enseignement de la médecine, qui s'est tenue à Londres sous les auspices de l'Association médicale mondiale et avec l'aide et la participation de l'OMS, a appelé l'attention des milieux compétents sur certains problèmes essentiels tels que la sélection des étudiants en médecine, les buts et les objectifs de l'enseignement médical, les techniques et les méthodes péda-

gogiques et l'inclusion de la médecine préventive et de la médecine sociale dans le programme des études médicales.

La première conférence asienne sur le paludisme, qui s'est tenue à Bangkok au mois de septembre, constitue un excellent exemple d'échange d'informations scientifiques et techniques sur un plan interrégional. A cette occasion, les représentants des pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et du Pakistan ont examiné les moyens de mieux coordonner à l'avenir les efforts locaux, de manière à réunir les zones de lutte contre la maladie, actuellement dispersées, en un ensemble continu, tant à l'intérieur des pays représentés à la conférence qu'au-delà de leurs frontières. Cette conférence a contribué, d'autre part, à montrer comment l'OMS pourra désormais aider plus efficacement les pays de cette partie du monde à exécuter un programme antipaludique s'étendant à tout le sous-continent.

C'est également le paludisme qui a été discuté au cours d'une autre réunion importante organisée par l'OMS. L'expérience déjà ancienne que les pays de l'Europe méridionale ont acquise dans l'éradication du paludisme est à l'origine d'un colloque qui s'est tenu à Rome sur la lutte contre les insectes, et plus particulièrement sur les problèmes que pose actuellement la résistance aux insecticides.

Etant donné le nombre croissant des programmes inter-pays exécutés par l'OMS, il semble indiqué de dire quelques mots de l'orientation prise en 1953 par ces programmes dans l'une des Régions, celle de l'Europe. L'expérience acquise dans cette Région prouve, semble-t-il, que les colloques et les conférences, pour être réellement efficaces, doivent être précédés d'une étude préliminaire des problèmes et des services sanitaires des pays participants. Il est non moins évident que l'OMS doit être prête à aider les gouvernements, au terme d'une conférence ou d'un colloque, à en adapter les conclusions générales aux besoins et aux ressources de leurs pays respectifs.

*

Les chapitres consacrés aux services techniques du Siège montrent avec quel succès l'Organisation a continué à s'acquitter en 1953 de l'une de ses tâches fondamentales, qui est de dresser le bilan et de favoriser l'extension des connaissances théoriques et pratiques en matière de santé, en vue d'en assurer l'utilisation dans l'ensemble du monde. Un certain nombre de faits méritent d'être mentionnés à cet égard.

Le Comité de la Quarantaine internationale, qui s'est réuni à Genève au cours de l'automne, a constaté avec satisfaction que la première phase d'application de la nouvelle réglementation sanitaire d'ensemble s'est écoulée sans avoir donné lieu à aucune difficulté, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, et que les questions de quarantaine internationale n'ont provoqué aucun conflit particulier nécessitant l'intervention du comité.

La conférence des commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires, organisée à Londres avec la collaboration des Nations Unies, a fait largement progresser les efforts de l'OMS pour améliorer et uniformiser la présentation des statistiques dans le monde. Les recommandations formulées par cette conférence seront d'une grande utilité pour les commissions nationales, qui s'attachent, dans chaque pays, à encourager le rassemblement des statistiques sanitaires établies par les divers services de santé.

Tout en poursuivant la préparation et la revision des étalons biologiques, l'OMS a été en mesure, tout au moins dans une de ses Régions, d'aider les pays à recourir à ces étalons sur le plan national.

La première édition du Répertoire mondial des Ecoles de Médecine *a été citée comme un excellent exemple de l'utile travail effectué par l'OMS.*

*

Dans la présente introduction à l'œuvre accomplie par l'OMS en 1953, je tiens à rendre hommage aux personnalités éminentes dans le domaine de la santé qui, en acceptant de faire partie de nos tableaux et comités d'experts, ont, en grand nombre, aidé cette année l'Organisation à s'acquitter de sa tâche. Je suis heureux de signaler à ce propos que les maladies rhumatismales, la poliomyélite, l'éducation sanitaire de la population et l'onchocercose ont figuré pour la première fois au nombre des sujets étudiés par nos comités d'experts.

*

Je crois devoir aussi — en raison de leurs répercussions futures — évoquer la question des crises financières mentionnées au début de cette introduction. Par suite de l'importante diminution des fonds primitivement escomptés au titre du programme élargi d'assistance technique des Nations Unies, il a fallu à deux reprises, durant l'année, la première fois en février et la seconde en août, amputer les programmes de l'OMS. Grâce au Conseil d'administration du FISE, qui a bien voulu, au nom de cette organisation, prendre à sa charge certaines des dépenses afférentes au personnel affecté à nos projets communs, il a été possible de remédier à quelques-unes des difficultés, mais la situation financière demeure grave. On a dû réaliser des économies, mais en sacrifiant le recrutement et le remplacement du personnel, en se privant des services de spécialistes faute de pouvoir prolonger leur contrat, en réduisant les crédits prévus pour les bourses d'études et les fournitures et en annulant des projets nouveaux. Il est alors apparu vers la fin de l'année qu'à moins de nous résigner à perdre le bien le plus précieux de l'OMS — la confiance des gouvernements dans la fidélité de l'Organisation à ses engagements — il nous faudrait trouver les moyens d'éviter le retour de crises de ce genre.

L'OMS ne saurait asseoir son activité sur des fondements solides et durables si une partie de son programme global devait dépendre de ressources aléatoires. Je suis persuadé que la Septième Assemblée Mondiale de la Santé ne manquera pas d'assurer à notre Organisation les moyens financiers dont elle a besoin pour s'acquitter de la grande tâche qui lui a été assignée par les gouvernements du monde.

*

Le problème de l'analyse critique et de l'évaluation des programmes a continué à retenir notre attention en 1953. Il est évident que le moment viendra tôt ou tard où nous serons obligés de répondre avec plus de précision que nous pouvons actuellement le faire à la question que l'on entend poser de plus en plus fréquemment : dans quelle mesure les programmes de l'OMS, qui s'étendent aujourd'hui à tous les continents, contribuent-ils à améliorer la santé dans le monde ? En outre, pour que nos plans gagnent en précision et en rigueur, il faut que nous sachions nous-mêmes si les travaux exécutés aboutissent aux résultats souhaités et que nous puissions déterminer, le cas échéant, la raison de nos échecs et les moyens de les éviter à l'avenir. L'expérience révélera peut-être que l'étude préliminaire effectuée en 1953 a été la première tentative concrète en vue de mettre au point les nouvelles méthodes qu'exige l'évaluation de l'activité sanitaire sans précédent dont l'OMS assume la responsabilité.

*

Le Népal et le Yémen ont été admis dans l'Organisation, ce qui a porté à 81 le nombre des Etats Membres, tandis que la qualité de Membre associé était étendue à la zone du Protectorat espagnol au Maroc. Dans la plupart des pays, on a constaté une compréhension et une acceptation croissantes du principe de la solidarité internationale dans le domaine de la santé, ainsi que des objectifs visés par

l'OMS. Le nombre élevé de pays qui ont organisé sur leur territoire la célébration de la Journée mondiale de la Santé en 1953 constitue un indice encourageant de cette évolution. Les autorités sanitaires nationales et locales ont mis à profit le thème choisi à cette occasion — « La Santé est d'or » — pour faire comprendre au grand public le lien étroit existant entre la santé et la prospérité.

*

La période couverte par le présent Rapport se partage en deux parties à peu près égales : pendant la première, le Dr Brock Chisholm était encore en fonctions, tandis que la seconde est celle de mes débuts en qualité de Directeur général. En dépit du changement intervenu dans la direction de l'OMS, je crois pouvoir affirmer qu'il n'y a eu aucune solution de continuité, ni dans les principes ni dans l'action de l'OMS. Ce fait témoigne de la sagesse et de l'esprit constructif qui ont permis à mon prédécesseur d'asseoir l'Organisation sur des bases solides et de s'entourer d'un personnel compétent entièrement dévoué à la cause de l'OMS. En présentant ce Rapport, j'exprime le vif espoir d'être en mesure, guidé par les organes directeurs de l'Organisation et aidé par tous mes collaborateurs, de m'acquitter des hautes responsabilités de ma charge d'une façon qui puisse jusqu'à un certain point être jugée digne de l'admirable exemple donné par le premier Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé.

M. G. Candau

Directeur général

PARTIE I

APERÇU GÉNÉRAL

CHAPITRE 1

MALADIES TRANSMISSIBLES

Les maladies transmissibles posent encore actuellement de graves problèmes sanitaires et économiques, surtout dans les régions qui n'ont pu se développer dans des conditions favorables. Source d'infirmité, d'invalidité ou de mortalité pour les individus de tous âges, elles menacent plus particulièrement les enfants et les adolescents et diminuent la capacité de travail des populations.

L'OMS avait tout d'abord concentré ses efforts sur les maladies dont la prophylaxie générale était déjà au point ou pouvait être aisément organisée grâce aux connaissances existantes. L'intérêt porté à d'autres maladies, en particulier aux maladies à virus, a, par la suite, amené l'Organisation à modifier son attitude et elle joue aujourd'hui un rôle plus important dans la coordination internationale de la lutte contre toutes les maladies transmissibles sans distinction.

La collaboration avec le FISE a grandement contribué au succès des programmes de prophylaxie générale de ces maladies.

Dans l'orientation future et l'organisation pratique de la lutte contre les maladies transmissibles, il faudra tenir compte, en particulier, des éléments suivants :

1) *Bilan des résultats acquis.* C'est seulement par un examen critique des résultats obtenus que l'on parviendra à éviter la répétition des erreurs commises, à généraliser l'emploi de méthodes qui se seraient révélées efficaces dans une région déterminée, et à orienter utilement les recherches techniques en vue d'améliorer les méthodes et de réduire les frais.

2) *Adaptation des nouvelles méthodes de lutte à l'organisation de campagnes de masse.* Il y aura lieu d'entreprendre à cet effet des essais pratiques soigneusement préparés et de les réaliser dans des conditions permettant d'aboutir à des conclusions précises. A titre d'exemples de méthodes se prêtant aux campagnes de masse, on peut citer l'injection d'une dose unique de pénicilline additionnée de monostéarate d'aluminium (PAM) pour lutter contre le pian à Haïti et contre la syphilis endémique en Bosnie ; on peut mentionner d'autre part l'inoculation aux chiens, pour la lutte contre la rage, d'une seule dose du nouveau vaccin préparé sur embryon de poulet, grâce auquel la fréquence de cette maladie s'est maintenue, dans une région d'Israël naguère fortement enzootique, à un niveau très faible au cours d'une période d'observation de trois ans. Le traitement en série du trachome par les antibiotiques est également à l'étude.

3) *Recherche de nouveaux moyens pour le traitement de maladies dont la prophylaxie n'est pas encore au point.* Cette recherche exige l'étude de la littérature mondiale — entreprise de longue haleine —, la collaboration avec des instituts nationaux et internationaux et avec divers spécialistes, ainsi que la coordination des résultats obtenus, l'ouverture d'enquêtes sur des problèmes spéciaux et l'organisation d'essais pratiques. C'est le stade auquel se trouvent actuellement les recherches sur la grippe, la poliomyélite, la brucellose, la fièvre Q, la lèpre, les parasitoses et d'autres maladies endémo-épidémiques importantes.

Les recherches entreprises et les mesures appliquées dans les différents pays pour combattre les maladies transmissibles, ainsi que les efforts poursuivis par l'OMS au cours du dernier lustre en vue de coordonner ces recherches sur le plan international et de faciliter l'application pratique de leurs résultats, ont conduit à trois conclusions importantes. La première est que certaines maladies transmissibles, dont la variole offre un exemple typique, peuvent être combattues avec succès : cette tâche pour laquelle on dispose de toutes les connaissances techniques nécessaires n'exige que l'organisation de services nationaux. On peut ranger également dans cette catégorie les affections intestinales, telles que les fièvres typhoïde et paratyphoïdes, la dysenterie et le choléra, qu'il serait possible de maîtriser complètement à condition que les pays aient la volonté et le pouvoir d'adopter, le cas échéant avec une aide internationale, des mesures rationnelles d'assainissement.

Il existe, en second lieu, un groupe de maladies transmissibles dont il est possible de réduire la fréquence à un point tel qu'elles cessent de poser de graves problèmes de santé publique. Dans toutes les régions du monde — à l'exception de l'Afrique et de certaines parties du Pacifique occidental où diverses questions techniques n'ont pas encore été résolues dans ce domaine — la suppression du paludisme en tant que problème de santé publique ne soulève plus que des questions d'organisation et de financement. Un autre exemple peut être mentionné : la fréquence des tréponématoses, comme la syphilis endémique et le pian, peut être réduite au moyen de campagnes de prophylaxie générale judicieusement conçues.

La troisième conclusion est que la coordination internationale des recherches permet, dans certains cas, d'aboutir plus rapidement à des résultats que si les travaux se poursuivent exclusivement sur le plan national : on peut citer, à titre d'exemple, les études coordonnées concernant le sérum antirabique hyperimmum grâce auxquelles il est maintenant reconnu que le sérum hyperimmum, associé à la vaccino-thérapie, doit être utilisé pour tous les cas humains de contamination grave et injecté le plus rapidement possible après l'infection.

Les principes et les méthodes de la lutte contre les maladies transmissibles ont subi diverses modifications au cours des dernières années :

1) L'introduction des antibiotiques permet désormais de recourir à des campagnes de masse contre certaines maladies. Les nouvelles recherches effectuées au cours de l'année écoulée concernant certains antibiotiques polyvalents n'ont pas sensiblement enrichi les moyens de lutte contre ces affections.

2) Les insecticides à effet rémanent se sont révélés d'une grande utilité pour lutter contre le paludisme et, d'une façon générale, contre les espèces vectrices de maladie, tout particulièrement contre le pou transmetteur du typhus. Les problèmes posés par la résistance des espèces vectrices aux insecticides et par le pouvoir absorbant des parois en terre séchée ont continué à faire l'objet d'études.

3) Dans la lutte contre la tuberculose, l'OMS s'est principalement préoccupée d'empêcher la propagation de l'infection. En raison de la résistance mycobactérienne et de l'observation de certains effets secondaires, il importe de ne recourir aux antibiotiques qu'avec beaucoup de prudence et de discernement ; les constatations faites au cours de l'année ont confirmé que l'isoniazide ne se prête dans ce domaine qu'à une application limitée.

4) Bien que l'efficacité de la gamma-globuline dans la lutte contre la rougeole et contre l'hépatite infectieuse ne soit plus contestable, il convient d'éviter toutes conclusions prématurées quant à la possibilité d'utiliser largement cette substance pour combattre la poliomyélite. La recherche de vaccins efficaces contre cette dernière maladie en est encore au stade expérimental.

5) Des recherches sont en cours concernant la possibilité d'utiliser les sulfones en vue d'un traitement en série de la lèpre. L'isolement des lépreux à l'hôpital n'est plus considéré aujourd'hui comme offrant le seul moyen efficace de lutter contre ce mal : le dépistage précoce et le traitement ambulatoire des malades dès la constatation des premiers symptômes constituent actuellement des méthodes plus rationnelles de prophylaxie générale.

6) En ce qui concerne la bilharziose, il apparaît que le recours aux molluscocides — en dépit des espoirs qu'autorisent les nouveaux produits — ne suffit pas à lui seul pour combattre la maladie. Il est nécessaire de poursuivre les recherches écologiques sur les mollusques vecteurs.

7) L'utilité de la coordination des recherches internationales dans la lutte contre les maladies à virus n'est plus à démontrer. Cette méthode a permis de déterminer rapidement le type de virus responsable de l'épidémie de grippe de 1953. Elle a, d'autre part, joué un rôle décisif dans la délimitation des zones d'endémicité amarile. Les recherches concernant la résistance des vaccins antivarioliques desséchés aux variations de température ont été poursuivies, de même que les travaux portant sur la standardisation des méthodes de diagnostic et des techniques de laboratoire ; on s'efforce de trouver des méthodes simples et efficaces d'analyse en laboratoire à l'intention des équipes opérant sur place.

8) Pour ce qui est des zoonoses, on met actuellement au point, outre le vaccin antirabique sur l'œuf dont il a été question plus haut, des vaccins contre la brucellose qui semblent autoriser certains espoirs ; des expériences sont actuellement en cours en vue d'en contrôler l'efficacité sur les ovins et les caprins.

On a pu constater durant l'année l'importance croissante que revêt le problème de la toxoplasmose ; l'OMS a reçu des demandes d'avis au sujet de cette maladie. L'Organisation a, d'autre part, entrepris des travaux sur l'onchocercose.

Outre diverses études parues dans le *Bulletin*, des monographies consacrées à la grippe, au paludisme, à la peste, à la poliomyélite, à la rage et au pian ont été publiées ou étaient en préparation. Des conférences ou des colloques régionaux et inter-régionaux ont été organisés pour discuter des questions relatives au paludisme, à la lutte contre les insectes, à la fièvre jaune et à l'hygiène du lait. En outre, les comités d'experts du paludisme, de l'onchocercose, de la poliomyélite, de la rage et de la vaccination antituberculeuse, ainsi que le Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire pour les maladies vénériennes et les tréponématoses, se sont réunis durant l'année.

Les discussions techniques organisées pendant la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, et qui avaient pour thème la tuberculose, les maladies vénériennes et le groupe des fièvres typho-paratyphoïdes, ont contribué à mieux faire connaître et à propager sur le plan international les diverses méthodes de lutte contre ces maladies. Les résultats de ces discussions ont été publiés dans un numéro spécial de la *Chronique*.[1]

---

[1] *Chron. Org. mond. Santé*, 1953, 7, 205-229

L'exposé qui suit montrera que l'OMS s'occupe d'un grand nombre de maladies transmissibles. Mais qu'il s'agisse de l'aide accordée aux Etats Membres pour la lutte contre les affections de cette catégorie, ou de la coordination des recherches sur l'application des méthodes nouvelles, l'Organisation a donné à son programme une telle ampleur qu'il ne lui sera plus possible d'entreprendre de nouvelles activités importantes avec le personnel dont elle dispose actuellement. L'OMS devra donc, dans l'avenir immédiat, borner ses efforts à quelques-uns des problèmes majeurs qui ont retenu son attention jusqu'ici.

Paludisme

L'OMS a poursuivi activement l'exécution de programmes de démonstration et de formation professionnelle et de projets pilotes dans le domaine de la lutte antipaludique.

Au début de 1953, des travaux étaient en cours dans 20 pays. Dans la région de Terai (Inde), ainsi qu'au Viet-Nam, le personnel de l'OMS a été rappelé durant l'année ; ce sont les gouvernements intéressés qui assurent désormais la continuation et l'extension des opérations. De nouveaux projets ont été entrepris au Brunéi, au Cameroun français et au Libéria. A la fin de l'année, 21 pays bénéficiaient de l'aide de l'OMS pour la lutte antipaludique.

L'exécution de vastes programmes nationaux à long terme, dont il a été question dans le Rapport annuel de 1952, s'est poursuivie de façon satisfaisante. Il est encourageant de constater que des programmes analogues ont été adoptés par de nombreux autres pays ; c'est le cas notamment des Philipines où un projet pilote, entrepris en 1952 avec l'aide de l'OMS, a permis de démontrer l'efficacité des insecticides à effet rémanent dans la lutte contre le paludisme transmis par *Anopheles minimus flavirostris*; aussi ce programme a-t-il été étendu au cours de la seconde année à toutes les régions impaludées de Mindoro et de deux îles de moindre superficie, et des plans ont été établis en vue de l'extension de l'action antipaludique à l'ensemble du territoire des Philippines. Au Liban, où l'équipe de l'OMS a terminé ses travaux à la fin de 1953, le Gouvernement, bénéficiant des avis techniques et d'une aide de l'Organisation pour la coordination, a étendu de même les mesures antipalutiques à toutes les parties du pays où la maladie sévit. Enfin, une équipe de l'OMS a procédé à une étude complète de la situation existant à Taïwan, où les mesures prises englobent déjà une vaste région ; le Gouvernement se propose d'en faire bénéficier, en 1954, toutes les zones impaludées de ce territoire.

Les premiers résultats du projet pilote entrepris à Sarawak contre l'espèce vectrice *A. leucosphyrus* ont été encourageants et les recherches se poursuivent. Pour l'étude des problèmes relatifs au paludisme transmis par *A. gambiae*, des projets de même nature bénéficiant de l'aide de l'OMS sont actuellement en cours au Cameroun français et au Libéria ; deux autres projets de moindre envergure ont été entrepris dans deux régions différentes de l'Afrique-Occidentale française par des fonctionnaires du Gouvernement français, qui avaient reçu des avis techniques de l'OMS. Un autre projet important a été mis sur pied dans la Nigeria par les autorités de ce territoire, avec l'assistance d'un entomologiste envoyé par l'OMS.

Des experts-conseils de l'OMS et des membres du Secrétariat de l'Organisation ont visité, à la fin de 1952, la Gambie, la Côte de l'Or, la Nigeria et le Sierra Leone.

En raison de l'ampleur prise par les programmes nationaux de lutte antipaludique, on a été conduit à envisager la possibilité de combattre la maladie à l'échelon régional ou inter-régional, afin de consolider les résultats acquis et d'encourager une action de plus grande envergure encore. Ces problèmes furent examinés tout d'abord à la première conférence asienne sur le paludisme, convoquée à Bangkok au mois de septembre par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, avec la collaboration du Siège et du Bureau régional du Pacifique occidental. Cette réunion a groupé des délégués de 14 pays différents appartenant à trois Régions, des représentants de la Foreign Operations Administration qui dirigent l'exécution des programmes entrepris dans un certain nombre de pays, du FISE et de la Commission du Pacifique sud, ainsi que des membres des équipes de l'OMS (voir également page 78).

L'année 1953 pourrait bien marquer un tournant dans l'évolution des méthodes de lutte de l'OMS contre le paludisme ; en effet les experts, au cours des échanges de vues auxquels ils ont procédé durant l'année, ont examiné la possibilité — récemment démontrée en Grèce — d'interrompre les opérations antipaludiques actives après quelques années de lutte efficace contre la maladie, sous réserve que l'opportunité de cette décision soit fondée sur des critères sûrs et que l'interruption s'accompagne de précautions judicieuses. Les premières discussions internationales à ce sujet, semble-t-il, ont eu lieu à Istanbul, lors d'une réunion officieuse de spécialistes inscrits au Tableau d'experts du Paludisme, qui s'est tenue pendant le Ve Congrès international de Médecine tropicale et du Paludisme ; elles furent reprises plus tard pendant la cinquième session du Comité d'experts du Paludisme ; enfin la question a été de nouveau examinée à la première conférence asienne sur le paludisme, mentionnée ci-dessus.

La possibilité de suspendre les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent après quelques années de lutte antipaludique est de nature à encourager les gouvernements à adopter des programmes englobant l'ensemble du territoire national et à inciter d'autres pays à leur accorder une aide par un truchement international ou bilatéral. Il est évident que l'interruption pourra être décidée avec d'autant plus de sécurité que les opérations antipaludiques se seront étendues à une zone plus vaste ; il est, par conséquent, indiqué, tant au point de vue technique que pour des raisons d'économie, d'englober dans les programmes toutes les régions impaludées du territoire national et même, si possible, des pays limitrophes. Le fait qu'en 1953, après plusieurs campagnes annuelles consécutives de pulvérisations, une résistance au DDT des espèces vectrices locales a été constatée dans certains pays est un motif de plus pour aménager les programmes antipaludiques, entrepris dans un territoire ou un groupe de territoires, de façon à pouvoir interrompre le traitement par les insecticides avant que la résistance risque d'apparaître (selon les constatations faites jusqu'ici, celle-ci n'intervient jamais avant cinq ans). Le fait que la transmission du paludisme a été enrayée n'implique évidemment pas que les espèces vectrices ont été extirpées ; la densité anophélienne peut même demeurer à peu près aussi forte qu'avant les pulvérisations. Si des porteurs d'hématozoaires du paludisme pénètrent dans le territoire, la transmission pourra certes reprendre, mais ce danger diminuera en proportion de l'augmentation du nombre de pays limitrophes où le paludisme aura été supprimé. En cas d'interruption des opérations antipaludiques actives, il est nécessaire de remplacer celles-ci par des mesures destinées à empêcher le retour du paludisme et à prévenir — ou à enrayer immédiatement — la transmission de la maladie. A cet effet, il sera nécessaire d'organiser un système de déclaration générale et immédiate des cas nouveaux de paludisme et de décentraliser, d'autre part, les services de diagnostic et de recherches épidémiologiques ; il peut s'avérer nécessaire, en cas d'épidémie, de faire procéder à nouveau à des pulvérisations d'insecticides (ce qui suppose évidemment que l'insecticide n'aura pas perdu son efficacité contre l'espèce vectrice au moment de l'interruption des opérations) et de recourir à la chimiothérapie. Il existe fort heureusement certains agents thérapeutiques modernes qui garantissent un pourcentage très élevé de guérisons radicales pour les deux principales infections paludiques, et l'on dispose également d'autres produits qui pourraient constituer de précieux auxiliaires en cas d'épidémie de ce genre.

Le Comité d'experts du Paludisme, qui a tenu sa cinquième session à Istanbul au mois de septembre, peu avant la réunion de la conférence de Bangkok, a conclu que l'interruption des pulvérisations d'insecticides à action rémanente, sous réserve de précautions convenables, doit, après plusieurs années de lutte antipaludique, retenir l'attention des pouvoirs publics. Le comité d'experts s'est, en outre, prononcé nettement en faveur d'une coordination des programmes antipaludiques des divers pays. A défaut de quoi, les pays qui auraient extirpé le paludisme sur leur territoire demeureraient exposés au danger d'un retour de la maladie en provenance des pays voisins et devraient continuer, par conséquent, à appliquer des mesures antipaludiques, tout au moins sur leurs frontières. L'une des principales questions figurant à l'ordre du jour de la conférence de Bangkok avait également trait à la nécessité d'une coordination internationale dans ce domaine.

Le comité d'experts a examiné un certain nombre d'autres questions techniques intéressant la lutte contre le paludisme. Il a réaffirmé sa confiance dans la possibilité d'atteindre le but initial de l'OMS, à savoir l'élimination du paludisme en tant que problème de santé publique dans l'ensemble du monde ; il a suggéré que l'Organisation pourrait contribuer très utilement à réduire le coût des campagnes antipaludiques en encourageant des recherches expérimentales en matière d'organisation, de formation du personnel et d'emploi des insecticides. De nombreuses recherches devront encore être effectuées sur des questions fondamentales, telles que les propriétés physiques et chimiques des insecticides, l'interaction de ces produits avec les surfaces murales et leur mode d'action sur les insectes, ainsi que le comportement des moustiques vecteurs du paludisme dont il convient de tenir compte dans les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent.

Après avoir examiné une monographie préparée par un expert-conseil de l'OMS sur la toxicité de certains pesticides pour l'homme,[2] le comité d'experts a conclu « que le DDT et le HCH sont tout à fait inoffensifs dans leur emploi normal et que l'on pourrait employer la dieldrine, sous réserve de certaines précautions en attendant que ses propriétés soient mieux connues ». Le comité a examiné de façon approfondie les progrès importants réalisés récemment dans la chimiothérapie du paludisme et a noté les difficultés auxquelles on se heurte pour obtenir les nouveaux produits en quantité suffisante et à un prix modéré. Il a recommandé que l'OMS examine les moyens de remédier si possible à ces difficultés.

La possibilité de combattre le paludisme par des méthodes autres que l'application d'insecticides a également été discutée ; le comité d'experts a estimé que, si la lutte contre l'espèce vectrice doit figurer au premier plan des campagnes antipaludiques, il y a encore place pour des méthodes traditionnelles telles que des travaux de construction et de drainage. D'autre part, le comité a été d'avis que les nouveaux médicaments synthétiques peuvent présenter une valeur particulière dans la lutte contre la maladie ;

[2] Barnes, J. M. (1953) *Toxicité de certains pesticides pour l'homme*, Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies*, N° 16)

il peut être notamment indiqué d'y recourir lorsque, pour une raison quelconque, l'application d'autres méthodes s'avère impossible, ou en cas d'épidémie, ou encore si, après que les campagnes de pulvérisations d'insecticides à effet rémanent ont pris fin, il apparaît nécessaire de traiter les sujets présentant des rechutes ou les paludéens provenant de régions non protégées.

L'OMS a offert des possibilités de formation professionnelle dans des domaines divers afin de répondre aux demandes d'assistance de plus en plus nombreuses émanant de gouvernements désireux de renforcer leurs services antipaludiques ; elle a souligné l'intérêt que présentent, de ce point de vue, les activités des équipes, dans la mesure où celles-ci assurent une formation pratique complète en liaison avec l'exécution des campagnes antipaludiques. Une aide a été accordée également à des instituts de paludologie et à des centres de formation professionnelle pour la lutte contre les insectes.

Une monographie sur la terminologie du paludisme [3] a été publiée par l'OMS en 1953. Pendant l'année, l'Organisation a encouragé et aidé effectivement la coordination internationale des recherches sur 1) la sensibilité des anophélinés aux insecticides, afin de déterminer l'apparition éventuelle d'une résistance, et 2) l'absorption des insecticides par les parois de terre séchée.

On trouvera d'autre part, dans la dernière partie du chapitre 3, un exposé de l'assistance prêtée par l'OMS à l'UNRWAPRNE en vue de combattre le paludisme chez les réfugiés de Palestine.

Tréponématoses et maladies vénériennes

L'OMS a participé, en 1953, à des campagnes de traitement collectif des maladies vénériennes et à l'exécution de projets de démonstration et de formation professionnelle entrepris dans un certain nombre de pays en collaboration avec le FISE. A la fin de l'année, plus de 15 millions de personnes avaient été examinées et plus de 4 millions traitées à la pénicilline. Quatre programmes — lutte contre le pian à Haïti et aux Philippines, contre la syphilis endémique en Yougoslavie et contre le béjel en Irak — sont parvenus au stade de consolidation ; les conseillers de l'OMS affectés au projet de lutte contre le béjel en Irak ont donc pu être rappelés, du personnel national ayant été formé grâce à leur concours et les services sanitaires du pays étant suffisamment renforcés pour assurer désormais le développement du programme. Des progrès ont été réalisés également dans l'action entreprise contre le pian dans l'Inde, en Indonésie et en Thaïlande. De nouvelles campagnes contre cette maladie ont été amorcées, au cours de l'année, au Bechuanaland, au Laos et au Libéria, et des plans ont été établis pour en lancer en Nigeria. On estime que ces deux derniers pays comptent ensemble un million et demi de cas de pian évolutif. On se propose, d'autre part, d'entreprendre une campagne méthodique de longue haleine visant à maîtriser cette maladie dans toute l'Afrique tropicale, région où le nombre des malades est évalué à 20 ou 30 millions, ce qui peut représenter la moitié du réservoir mondial de l'infection pianique.

Il est désormais prouvé que les campagnes de masse permettent de combattre efficacement les tréponématoses. On a pu notamment constater qu'il est possible, grâce à l'exécution méthodique d'un projet soigneusement préparé, d'abolir complètement le danger de contagion et de réduire la fréquence de la maladie dans une mesure voisine de la suppression radicale. Il en a été notamment ainsi de la syphilis endémique en Yougoslavie et du pian à Haïti.

Des techniques mises au point au cours des trois dernières années peuvent être appliquées sur une vaste échelle dans les campagnes de masse contre les tréponématoses, avec un minimum de frais et un maximum de techniciens sans formation médicale ou paramédicale. Il a été établi que les dépenses s'élèvent, dans les campagnes de ce genre, à environ 25 cents des Etats-Unis d'Amérique par personne examinée et à approximativement $1,50 par malade traité à la pénicilline ; ce chiffre comprend les traitements du personnel, le prix des médicaments, les frais de gestion et de transport, ainsi que toutes les autres dépenses engagées par les administrations sanitaires, par l'OMS et le FISE.

Diverses difficultés d'ordre technique ou autre ont surgi. Si dans les campagnes de masse un traitement systématique des contacts s'avère indispensable pour des raisons épidémiologiques, ce principe n'est pas encore entièrement admis dans certaines régions, où il a fallu recourir à une méthode beaucoup plus complexe, plus coûteuse et plus longue pour éteindre les nouveaux foyers et avoir finalement raison de la maladie. De plus, on hésite à reconnaître, dans diverses régions, qu'il peut suffire, dans une campagne de masse contre les tréponématoses, d'administrer une dose minimum uniforme de PAM

[3] Covell, G., Russell, P. F. & Swellengrebel, N. H. (1953) *Malaria terminology*, Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies*, N° 13). Un lexique français analogue est en préparation.

en une seule injection, conformément à la recommandation du Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses,[4] bien que l'efficacité durable de cette méthode ait été maintes fois démontrée.

La lutte contre les tréponématoses ouvre des possibilités d'améliorer les services ruraux de santé qu'il conviendrait d'exploiter avec plus de discernement. Il faut se préoccuper de bonne heure de coordonner la lutte contre le pian avec le programme général de santé publique du pays ; la phase de la consolidation est celle qui se prête le mieux à une fusion de ce genre ; à ce moment, en effet, « les habitants ont été alertés, la population a été dénombrée, du personnel a été recruté, les fondements d'un système d'enregistrement ont été posés et des services locaux de santé ont été institués dans de nombreuses régions ».[5]

Il ressort des constatations faites dans de nombreuses contrées — et plus particulièrement dans les pays évolués dotés de services antivénériens très actifs — que la syphilis d'origine vénérienne est en voie de régression. On estime que la possibilité de se procurer facilement de la pénicilline est l'une des causes principales de cette régression rapide de la maladie. L'un des rapports sur les discussions techniques qui ont eu lieu pendant la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé contient notamment les remarques suivantes : « Les perspectives à longue échéance, en dépit du traitement par la pénicilline, ne justifient en aucune façon le relâchement de la vigilance ou l'abandon des efforts spécialement dirigés contre la syphilis par le moyen de programmes sanitaires de caractère général ou sélectif. Au contraire, la pénicillinothérapie offre à l'administrateur de la santé l'occasion d'adopter une attitude réaliste et plus rationnelle, du point de vue économique et administratif, à l'égard de certaines phases des campagnes de masse contre les tréponématoses dans les zones fortement infectées. Dans les régions à morbidité moyenne ou faible, le traitement par la pénicilline permet d'accorder une importance accrue à d'autres éléments essentiels du programme de lutte (par exemple au dépistage, au contrôle post-thérapeutique, etc.). »[6] Rien ne permet d'affirmer toutefois qu'une telle régression se manifeste également pour la blennorragie ou pour les diverses autres infections vénériennes de moindre gravité.

Il a été donné suite, dans dix pays, à des études et à des projets de démonstration et de formation professionnelle destinés à aider les gouvernements respectifs à mettre au point leurs programmes de lutte contre les maladies vénériennes. Dans deux de ces pays, en Egypte et dans l'Inde, les projets de ce genre ont été menés à bien ; les équipes qui y avaient opéré ont laissé sur place une documentation importante concernant l'étendue et la nature des problèmes posés par les maladies vénériennes ; elles ont fait mieux connaître dans ces pays les méthodes modernes de diagnostic et de traitement, et elles ont permis de doter le personnel national de cadres compétents et de renforcer les services locaux de santé.

L'OMS a organisé des recherches internationales en vue de déterminer la valeur de nouveaux sels de diamino-pénicilline à effets prolongés pour le traitement de la syphilis, du pian, du béjel et de la pinta ; l'emploi de ces agents permettrait de simplifier les méthodes utilisées tant dans le traitement individuel que dans les campagnes collectives. Elle a recueilli des informations sur l'utilité d'un test intradermique proposé récemment pour le diagnostic du pian ; afin d'assurer, d'autre part, une plus grande uniformité dans les méthodes thérapeutiques et les mesures applicables à la syphilis, l'Organisation a effectué une enquête sur les schémas de traitement utilisés par des spécialistes éminents dans les principaux dispensaires du monde. Elle a réuni également une documentation sur la lymphogranulomatose vénérienne et sur l'urétrite non gonococcique en vue de déterminer l'importance que présentent ces infections pour la santé publique.

Le Laboratoire international des Tréponématoses à Baltimore (Etats-Unis d'Amérique) a poursuivi ses recherches sur des problèmes biologiques fondamentaux relatifs aux maladies tréponémiques. Grâce au matériel pathologique recueilli lors de l'exécution de projets bénéficiant de l'aide de l'OMS, ce centre a été en mesure d'isoler différentes espèces et souches de tréponèmes. Il étudie actuellement les effets de la température ambiante sur diverses espèces de tréponèmes, la mise au point de nouvelles techniques sérologiques, l'efficacité de certains nouveaux antibiotiques contre les tréponèmes et d'autres questions analogues de grande importance ; l'apparition possible de la pénicillino-résistance chez les souches tréponémiques continue à retenir l'attention. La mise au point, pour le séro-diagnostic, d'un test d'agglutination utilisant des tréponèmes tués constitue un progrès marquant dans ce domaine. Ce test (TPA), à la fois sensible et hautement spécifique, permet, semble-t-il, d'envisager pour l'avenir une simplification des techniques de laboratoire. Dans l'espoir de simplifier les méthodes sérologiques complexes et très coûteuses auxquelles les laboratoires et les services de santé publique doivent actuellement recourir, l'OMS se propose de procurer les quantités nécessaires d'antigène aux laboratoires de certains pays en vue de leur permettre de déterminer la valeur de ce test en tant qu'épreuve de contrôle.

Le test d'immobilisation de *Treponema pallidum* (TPI) a fait l'objet durant l'année d'une étude à laquelle ont collaboré 40 laboratoires appartenant à différentes régions.

Le Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire pour les maladies vénériennes et les tréponématoses a tenu sa troisième session à Copen-

---

[4] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **63**, 43

[5] Clark, E. G. *Observations sur la campagne de lutte contre la syphilis endémique en Bosnie*, dans *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **63**, 47-55

[6] *Chron. Org. mond. Santé*, 1953, **7**, 222

hague (Danemark) pendant l'été de 1953. Il a examiné les travaux sérologiques effectués depuis 1950 et a donné à l'OMS des avis concernant l'orientation de son activité future dans ce domaine. En vue de faire progresser la standardisation des réactifs ainsi que des méthodes et procédés de laboratoire, les préparations internationales provisoires de référence pour les antigènes cardiolipides ou à base de lécithine ont été renouvelées ; des études ont été amorcées concernant la conservation de ces préparations ; des recherches ont été organisées, d'autre part, à l'aide d'antigènes cardiolipides, en vue de s'assurer que les résultats des épreuves pratiquées au moyen de diverses méthodes sérologiques peuvent être reproduits dans les différents laboratoires.

Le laboratoire international pour les préparations sérologiques de référence, au Statens Seruminstitut de Copenhague, a établi une collection de sérums desséchés sous congélation présentant différents degrés de réactivité, préparés à partir d'échantillons de sang de donneurs syphilitiques et non syphilitiques. Un certain nombre de ces sérums ont été, depuis 1950, mis à l'épreuve dans 15 laboratoires de différents pays, en vue de déterminer l'utilité des échantillons desséchés sous congélation pour l'étude comparative des méthodes sérologiques appliquées par les divers laboratoires. Lors de sa septième session, le Comité d'experts pour la Standardisation biologique a examiné les progrès réalisés dans ce domaine et a autorisé le département de la standardisation biologique du Statens Seruminstitut à établir trois sérums, présentant différents degrés d'activité, en tant que préparations internationales de référence.

Les rapports reçus des laboratoires créés par les équipes de l'OMS dans les divers pays ont montré la valeur des méthodes quantitatives dans les épreuves sérologiques de diagnostic et de surveillance post-thérapeutique des tréponémiques.

L'OMS, qui continue à s'intéresser spécialement à la lutte contre les maladies vénériennes chez les gens de mer, a collaboré à un projet de démonstration dans le port de Rotterdam, au cours duquel cinq groupes nationaux d'étude ont mené à bien leurs recherches sur divers aspects de l'action antivénérienne dans les zones maritimes. Les rapports établis et les informations recueillies par ces groupes ont servi de documentation de base pour l'organisation d'un premier cours international de formation professionnelle, qui a eu lieu durant l'année et qui sera suivi d'autres cours analogues.

Deux monographies — un rapport sur la campagne de traitement en série de la syphilis endémique en Bosnie,[7] et un recueil des communications faites lors du premier symposium international sur la lutte contre le pian, qui s'est tenu à Bangkok [8] — ont été publiées pendant l'année. Plusieurs études traitant de divers problèmes relatifs à la lutte contre les tréponématoses ont paru dans le *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé.*

Tuberculose

On se base habituellement sur la mortalité tuberculeuse pour évaluer l'ampleur du problème que cette maladie pose dans les différents pays. Les données obtenues pour les régions du monde où il existe des statistiques de mortalité dignes de foi incitent à penser que ce problème a vite perdu de son importance au cours des années récentes dans les pays économiquement et techniquement évolués. Il est néanmoins de plus en plus évident que les taux de mortalité ne reflètent pas exactement l'étendue de la tuberculose dans un pays donné, ni l'évolution du problème épidémiologique. Dans beaucoup de contrées où la mortalité tuberculeuse décroît rapidement, on ne constate pas de régression correspondante en ce qui concerne les cas nouveaux de tuberculose pulmonaire et le nombre de phtisiques infectieux connus. Il y a là une source de difficultés réelles pour les autorités sanitaires ; il est donc indispensable du point de vue de la santé publique d'établir un indice permettant d'évaluer de façon plus précise la situation des divers pays quant à la tuberculose. L'OMS s'est attachée à l'étude de cette question en s'efforçant d'obtenir des statistiques qui soient comparables sur le plan international.

Les chiffres actuellement disponibles concernant l'incidence ou l'importance de la tuberculose ne sont pas d'une grande utilité, d'abord parce qu'il n'existe pas de définition claire et universellement admise de ce qu'il convient de considérer comme des « cas », ensuite parce que la qualification de ces derniers dépend davantage du jugement des cliniciens que de critères objectifs. Il est évident que les résultats des examens pratiqués sur différents groupes de population ne peuvent autoriser des comparaisons valables tant que l'on n'aura pas fixé et adopté des règles uniformes sur la manière d'effectuer et d'interpréter ces examens. Ce problème se pose en particulier dans les pays qui ont demandé une assistance pour la mise en œuvre de programmes méthodiques de lutte antituberculeuse ; c'est pourquoi

---

[7] Grin, E. I. (1953) *Epidemiology and control of endemic syphilis: report on a mass-treatment campaign in Bosnia,* Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies,* N° 11 — édition anglaise seulement). Publié également dans *Bull. Org. mond. Santé,* 1952, 7, 1-74

[8] Organisation Mondiale de la Santé (1953) *Premier symposium international sur la lutte contre le pian,* Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies,* N° 15). Publié également dans *Bull. Org. mond. Santé,* 1953, **8**, 1-418

l'OMS a établi pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire un examen type qu'un certain nombre de projets permettront de mettre à l'épreuve. On a préparé des fiches uniformes d'observations et élaboré des méthodes pour enregistrer, réunir et analyser les résultats des examens pratiqués sur des groupes de population (dans les dispensaires antituberculeux ou au moyen d'enquêtes). On compte que l'expérience qui sera ainsi acquise au cours des années prochaines sera de nature à faciliter beaucoup l'établissement d'une méthode uniforme de diagnostic qui ralliera l'adhésion internationale et servira de fondement à la statistique de la tuberculose.

En 1953, l'OMS a prêté son concours pour la création ou l'extension de services antituberculeux dans 24 pays, situés pour la plupart dans les zones tropicales ou subtropicales. Quelque 37 projets ont été mis en œuvre ; ils peuvent être divisés en deux grandes catégories : d'une part, 21 projets de vaccination par le BCG, entrepris conjointement avec le FISE, et d'autre part la création de 16 centres d'enseignement et de formation professionnelle, projets dont quelques-uns ont également bénéficié de la collaboration du FISE.

Les difficultés actuellement rencontrées dans ce domaine sont pour une large part dues au fait que, même dans les pays évolués, la tuberculose a été considérée et traitée comme un problème clinique plutôt que sanitaire. On s'en est très souvent remis aux cliniciens pour organiser et diriger la lutte contre cette maladie, de sorte que dans les hôpitaux la thérapeutique a pris le pas sur la prophylaxie. Dans l'assistance qu'elle accorde, l'OMS vise avant tout à assurer la protection des éléments sains de la population. En effet, le but de la lutte antituberculeuse est avant tout de diminuer pour les bien portants le risque de contracter la tuberculose et par conséquent de se voir frappés d'une incapacité temporaire ou même permanente de travail.

La tuberculose étant une maladie contagieuse due à l'infection par le bacille de Koch, il importe de dépister le plus grand nombre possible de sources de contage — au premier chef les phtisiques qui excrètent des bacilles — et de faire en sorte de neutraliser ou d'enrayer la propagation de l'infection à partir de ces sources. D'autre part, l'on devrait s'efforcer d'accroître la résistance à l'infection chez les éléments sains de la collectivité. Il est évident que la lutte antituberculeuse ne peut aboutir à un résultat d'ensemble dans un pays que si elle englobe toute la population. Il importe donc que les mesures recommandées soient de nature à recevoir une large application, compte tenu des crédits, des moyens d'action et du personnel disponibles.

Pour la vaccination par le BCG, l'OMS a recours actuellement à des méthodes susceptibles d'être généralisées, à frais relativement réduits et avec du personnel auxiliaire. Dans l'Inde, par exemple, la campagne de vaccination par le BCG a permis, en 1953, de soumettre à l'épreuve tuberculinique plus de dix millions d'enfants et d'adolescents ; plus de quatre millions de sujets ayant réagi négativement à ces épreuves ont été vaccinés par quelque 65 équipes comprenant chacune un médecin et six « techniciens du BCG ». Les opérations proprement dites, y compris les épreuves tuberculiniques, la lecture des résultats et la vaccination ont été assurées par ces techniciens, qui sont dépourvus de formation médicale ou paramédicale, mais ont été spécialement préparés à l'organisation et à l'exécution de leur tâche. Les dépenses afférentes à la campagne entreprise dans l'Inde se sont élevées au total à US $350.000 (soit 3,5 cents par personne soumise à l'épreuve et 10 cents par sujet vacciné), dont US $50.000, soit un septième seulement, ont été fournis par voie d'assistance internationale. Le système de contrôle adopté permet d'évaluer les résultats de la campagne de vaccination collective d'après le degré d'allergie tuberculinique produite et les complications qui en résultent ; une équipe spécialement rompue à ce travail est chargée de dresser ce bilan.

Cette méthode efficace et sûre pour les programmes de vaccination en série n'a pu être mise au point que grâce à une collaboration étroite avec le Bureau de Recherches sur la Tuberculose (voir chapitre 2). La standardisation minutieuse des techniques, indispensable en l'occurrence, est en effet subordonnée à des recherches préalables portant sur chaque technique particulière et à l'appréciation de l'effet des variations de technique qui résultent de l'emploi d'un personnel non médical.

C'est en s'inspirant des mêmes principes fondamentaux que l'OMS s'est efforcée de mettre au point diverses autres méthodes propres à enrayer de façon plus directe la dissémination des bacilles tuberculeux et susceptibles d'être appliquées à des pays entiers, avec le minimum de frais et le plus large recours possible à un personnel non médical. Pour dépister les cas infectieux de tuberculose pulmonaire, « l'examen type » peut être utilement pratiqué, à un coût relativement minime, sur de larges groupes de population. Cet examen repose sur des moyens d'investigation qui sont à la portée du personnel susvisé : épreuve tuberculinique (Mantoux, 5 unités internationales), examen radiologique de la cage thoracique (film de 70 mm), et examen des crachats et des prélèvements faits dans la gorge en vue de déceler l'existence éventuelle de bacilles tuberculeux. Il semble que, dans les pays très ensoleillés, la tuberculose se transmette principalement ou exclusivement à l'intérieur des habitations et plus particulièrement la nuit. L'isolement des tuberculeux infectieux, la nuit, peut donc constituer en lui-même un moyen de réduire la transmission. Dans les pays jouissant de ce climat, l'OMS a donc recours aux visiteuses d'hygiène qui se rendent au domicile du malade et montrent de quelle façon il convient de recueillir et de traiter les crachats (par exemple en les exposant à la lumière solaire pour les stériliser) ; elles s'efforcent d'obtenir que le malade soit isolé la nuit à son domicile ou à proximité. Des méthodes de ce

genre sont actuellement expérimentées dans l'exécution de nombreux projets bénéficiant de l'aide de l'OMS ; il est toutefois évident qu'il ne sera possible d'en déterminer la valeur réelle qu'après un certain nombre d'années.

Des recherches internationales ont été entreprises en vue de trouver une méthode simple et efficace de diagnostic bactériologique susceptible d'être appliquée sur place par les équipes ; les résultats de ces études ont été coordonnés en 1953 et l'essai des méthodes préconisées sera poursuivi à fond aussi bien par des instituts bactériologiques agréés que lors de l'exécution de projets bénéficiant de l'aide de l'OMS.

On a émis l'avis que les nouveaux médicaments tels que la streptomycine, l'acide *p*-aminosalicylique (PAS) et l'isoniazide permettraient de combattre efficacement la tuberculose dans les pays où elle sévit. Certes, ces remèdes sont de nature à prolonger nettement la vie des bacillaires, mais rien ne permet encore d'affirmer qu'ils faciliteraient la prophylaxie de la tuberculose et il pourrait même y avoir des inconvénients à les utiliser sans discernement.

Il ressort des constatations faites jusqu'ici que la durée limitée des projets qui ont été établis dans le passé ou qui sont envisagés pour l'avenir a pour effet de diminuer la valeur de l'assistance accordée par l'OMS. Il faut, en effet, un effort soutenu de plusieurs années pour mettre sur pied dans un pays un programme efficace de lutte et pour former le personnel indispensable à son exécution. Une assistance internationale qui n'est assurée que pour une brève période d'une ou de deux années ne peut guère avoir de valeur prophylactique réelle.

Le Comité d'experts pour la Vaccination antituberculeuse s'est réuni au début de décembre. Des expériences et recherches récentes sur divers vaccins et leur mode d'emploi firent l'objet d'un examen. D'une manière générale, le comité approuva l'utilisation du vaccin BCG et sanctionna les méthodes et techniques employées pour les programmes de vaccination collective bénéficiant de l'aide du FISE et de l'OMS.

Hygiène publique vétérinaire et zoonoses

Divers projets relatifs aux maladies qui se transmettent de l'animal à l'homme ont été menés à bonne fin durant l'année ; des études nouvelles ont été entreprises et les recherches concernant l'hygiène alimentaire ont été étendues de façon à inclure, outre les viandes de boucherie, le lait, les produits lactés et les substances ajoutées aux denrées alimentaires. L'OMS s'est acquittée de certaines de ces tâches en collaboration étroite avec la FAO, et toujours en liaison avec l'Office international des Epizooties, les comités permanents du Congrès international de Médecine vétérinaire et du Congrès international de Microbiologie.

Les problèmes importants que les zoonoses posent pour la santé publique en milieu rural seront examinés dans le cadre des discussions techniques qui auront lieu pendant la Septième Assemblée Mondiale de la Santé.

Brucellose

Le rapport sur la deuxième session du Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Brucellose [9] a été largement répandu et a eu pour effet de stimuler l'activité des centres FAO/OMS de la brucellose ; avec la création d'un nouveau centre à l'Indian Veterinary Research Institute, à Mukteswar, le nombre de ces centres a été porté à treize. Des subventions financières d'un montant limité ont été consenties à quelques-uns d'entre eux pour les aider à entreprendre des études sur cette maladie dans leurs régions respectives, à organiser l'enseignement et à poursuivre des recherches sur des problèmes fondamentaux.

Sur le plan technique, l'OMS collabore avec la FAO à une étude expérimentale de l'efficacité de divers vaccins antibrucelliques sur les chèvres et les moutons. Ces recherches, entreprises à Tunis, s'étendront sur deux à trois années. L'infection due à *Br. melitensis* chez l'homme et chez l'animal demeure toujours dans de vastes parties du monde le point le plus délicat de la lutte contre la brucellose ; il faut espérer que les travaux en cours à Tunis permettront de se faire une idée plus claire de l'épidémiologie de cette maladie et des moyens de la prévenir.

Rage

Lors de sa deuxième session tenue à Rome au mois de septembre, le Comité d'experts de la Rage a dressé le bilan de plusieurs projets exécutés avec l'aide de l'OMS et a formulé certaines recommandations sur la base des résultats obtenus. Il convient de rappeler à ce propos qu'un essai d'application des vaccins préparés sur embryon de poulet dans la lutte contre la rage canine a été entrepris sous le patronage de l'OMS dans l'Etat d'Israël au mois d'octobre 1950 ; d'autre part, l'OMS a donné en 1952 des avis techniques au Gouvernement de la Malaisie concernant l'emploi de ce vaccin pour combattre une grave épizootie. Les résultats acquis tant en Israël qu'en Malaisie ont été encourageants : ils ont prouvé que le vaccin préparé sur embryon

[9] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **67**

de poulet confère un haut degré d'immunité aux chiens vaccinés, ce qui a permis de ramener dans ces pays l'incidence de la rage au taux le plus faible qui ait été enregistré au cours des vingt-cinq dernières années. En outre, l'OMS a coordonné les recherches sur l'utilisation du sérum hyperimmun associé au vaccin prophylactique de la rage chez l'homme. Il ressort de ces études que, venant s'ajouter au vaccin, le sérum confère une protection immédiate qui persiste assez longtemps pour permettre à la vaccination de produire ses effets antigéniques. Il semble donc raisonnable d'admettre que l'application de cette méthode à la prophylaxie de la rage humaine pourra pallier l'insuffisance de la vaccination dans les cas où, par suite de la gravité de l'infection, la période d'incubation de la maladie est trop brève pour que le vaccin puisse engendrer l'immunité. Il y a lieu de penser qu'en raison des résultats de ces recherches de nombreux pays modifieront les mesures qu'ils ont adoptées contre la rage.

L'OMS a préparé à la fin de l'année un manuel des techniques de laboratoire relatives à la rage ; ce manuel, qui contient les informations les plus récentes concernant les méthodes de diagnostic et les tests d'activité du vaccin antirabique et du sérum hyperimmum, paraîtra dans la *Série de Monographies* de l'OMS. Les renseignements de ce genre n'existant généralement que sous une forme sporadique et fragmentaire dans la littérature consacrée à ce sujet, on estime que ce manuel rendra de grands services à tous les pays où la prophylaxie de la rage pose un problème.

Des travaux ont été entrepris en vue de l'établissement, à l'usage des laboratoires nationaux désireux d'étalonner leur propre sérum, d'une préparation internationale de référence pour le sérum antirabique hyperimmum.

L'OMS a créé, pour le contrôle de l'activité des vaccins et des sérums produits par les laboratoires nationaux, un service qu'elle se propose de maintenir jusqu'au moment où ces laboratoires seront en mesure d'exécuter eux-mêmes les tests d'activité.

Parmi les problèmes épineux relatifs à la rage qui attendent encore une solution, on peut mentionner : les accidents neuro-paralytiques provoqués par l'injection à l'homme de vaccins à base de tissus nerveux, la lutte contre les réservoirs de l'infection que représentent les animaux sauvages, le traitement local des plaies et la dissémination, sur le continent nord-américain, de la rage transmise par la chauve-souris. L'OMS continue à coordonner les recherches concernant plusieurs de ces problèmes.

Fièvre Q

L'OMS a achevé les travaux relatifs à l'examen préliminaire d'un étalon international de sérum de la fièvre Q pour l'emploi en médecine humaine et vétérinaire (voir page 50). Sur la base des examens pratiqués par cinq laboratoires ayant collaboré à cette étude, le Comité d'experts de l'OMS pour la Standardisation biologique a, lors de sa septième session, admis ce sérum comme étalon international et des recherches ont été entreprises en vue de déterminer s'il se prête à la réaction d'agglutination aussi bien qu'à la réaction de déviation du complément. L'étude des méthodes de diagnostic de la fièvre Q sera de nature à faciliter les recherches relatives à d'autres rickettsioses.

Les enquêtes épidémiologiques entreprises en vue de déceler l'existence de la fièvre Q ont été poursuivies dans vingt-huit pays. L'Organisation a accordé une subvention d'un montant limité à l'Université de Cambridge pour encourager les biologistes à trouver des antigènes moins coûteux pour le diagnostic. L'OMS a, d'autre part, commencé à coordonner les recherches concernant les réservoirs naturels de l'agent pathogène.

Parmi les autres questions relatives à la fièvre Q qu'il importe d'élucider, on peut mentionner la pathogénie de la maladie dans les différents réservoirs animaux et sa transmission par les arthropodes ou par d'autres voies chez l'animal ou chez l'homme.

Leptospirose

Les études concernant les méthodes de typage et de diagnostic dans la leptospirose ont été poursuivies. Il faut espérer que les techniques délicates que requiert actuellement l'établissement du diagnostic pourront être simplifiées grâce à l'utilisation des réactions de macro-agglutination et de déviation du complément.

Un expert-conseil a été envoyé en Espagne pour donner des avis au sujet d'une épidémie de leptospirose qui a éclaté parmi les travailleurs des rizières. (Voir également chapitre 14, page 92.)

Tuberculose bovine et aviaire

L'OMS a entrepris, en collaboration avec la FAO, une étude en vue d'apprécier l'importance des sources extra-humaines de l'infection tuberculeuse dans les divers pays de la Région de la Méditerranée orientale où opèrent les équipes antituberculeuses de l'OMS. Ces informations sont nécessaires afin de déterminer avec plus de précision les résultats, chez l'homme, des épreuves tuberculiniques qui sont actuellement pratiquées dans cette Région.

D'autre part, les travaux amorcés en vue de l'établissement d'un étalon international de tuberculine aviaire PPD se sont poursuivis. Cet étalon sera utilisé dans la réaction intradermique comparative qui sert à déceler la tuberculose chez le bétail.

Hygiène alimentaire

L'OMS a envoyé en Birmanie, à Ceylan, dans l'Inde et à Costa Rica, des experts-conseils chargés de donner des avis sur des questions relatives à la salubrité des viandes de boucherie. Un colloque OMS/FAO se tiendra à Copenhague au mois de février 1954 pour discuter des problèmes qui se posent à ce sujet dans les pays européens. Un comité d'experts FAO/OMS de la salubrité des viandes se réunira ultérieurement dans le courant de l'année.

L'Organisation a collaboré également aux études concernant les normes auxquelles doit satisfaire un lait de bonne qualité (voir chapitre 3, page 22).

Autres zoonoses

Outre les avis donnés sur les zoonoses susmentionnées, l'OMS a fourni à plusieurs pays une documentation concernant l'histoplasmose, la toxoplasmose, la trichinose et la tularémie. Cette dernière maladie a été diagnostiquée pour la première fois en Yougoslavie avec l'aide de l'OMS. La toxoplasmose, maladie qui présente une importance croissante dans plusieurs pays, figurait à l'ordre du jour du VIe Congrès international de Microbiologie réuni à Rome au mois de septembre.

Maladies à virus et rickettsioses [10]

Les progrès constants réalisés dans les techniques virologiques permettent d'envisager le moment où le laboratoire des virus jouera, conjointement avec le laboratoire de bactériologie, un rôle essentiel dans le diagnostic et la prophylaxie des maladies transmissibles. Cette évolution s'impose d'autant plus que l'on met actuellement au point de nouveaux vaccins contre les maladies à virus ; il faudra donc recourir au laboratoire des virus pour pouvoir appliquer rationnellement ces vaccins et d'autres mesures de prophylaxie générale que les nouvelles techniques ont rendues possibles.

Le programme de l'OMS, dont la première phase a consisté à créer un réseau international de centres de la grippe, est parvenu actuellement à un stade où il est possible de l'étendre progressivement à d'autres maladies à virus qui appellent une coordination des recherches sur le plan international ; il s'agit, dans chaque pays, de jeter les bases de laboratoires spécialisés qui pourront ultérieurement se développer et travailler avec les autres laboratoires des services de santé publique. Une première mesure a été prise à cet effet en 1952, lorsque les spécialistes figurant aux tableaux d'experts de diverses maladies ont été groupés en un tableau unique d'experts des maladies à virus. Conformément à une recommandation du Comité d'experts de la Poliomyélite, certains laboratoires du réseau ont été invités à collaborer en 1953 aux études relatives à la poliomyélite. Pour diverses autres maladies, qui comprennent la variole, les affections du groupe lymphogranulomatose-psittacose-trachome, les maladies causées par les virus éliminés dans les selles, telles que les infections du groupe coxsackie, et l'hépatite à virus, des laboratoires sélectionnés ont été ou seront encouragés à participer au diagnostic ou aux recherches. Le programme devra être très souple, car les mesures à prendre pour les diverses maladies à virus, bien qu'analogues en principe, diffèrent cependant dans le détail. Pour certaines maladies, il sera nécessaire de créer un laboratoire central spécialisé, ce qui ne sera pas le cas pour d'autres, tandis que pour une troisième catégorie de maladies le réseau actuel de laboratoires devra être complété.

Grippe

On s'est efforcé d'étendre et d'améliorer le réseau des laboratoires de la grippe relevant de l'OMS. Lors de la grande épidémie de grippe A qui a sévi dans l'hémisphère nord au début de l'année, il a été possible d'acquérir une expérience particulièrement utile. Une vaste documentation épidémiologique a été recueillie et publiée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (voir page 46) ; des virus ont été isolés dans la plupart des laboratoires participants ; un compte rendu de l'épidémie, qui a paru dans le *Rapport épidémiologique et démographique*, indique notamment les résultats provisoires des recherches sur les virus effectuées au Centre mondial de la Grippe et au Centre d'Etude des Souches pour les Amériques. Les études détaillées qui se poursuivent dans ce domaine feront l'objet de rapports ultérieurs.

Les essais d'application contrôlée de vaccins antigrippaux entrepris par les pouvoirs publics au Canada, aux Pays-Bas, dans le Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique ont été suivis avec attention. On ne connaît pas encore les résultats définitifs de ces essais, mais il ressort, semble-t-il, des informations provisoires que ceux-ci ont été décevants en ce qui concerne le degré de protection assuré par les vaccins qui ont été utilisés dans certaines de ces expériences. Pour un certain nombre d'autres essais, les résultats n'ont pas été concluants, la grippe n'ayant pas atteint des proportions épidémiques dans la région intéressée. Dans certains cas, enfin, les résultats n'ont pas encore été analysés.

Il apparaissait évident, vers la fin de l'année, que les efforts poursuivis par le Bureau régional des Amériques en vue d'accroître le nombre des centres de la grippe faisant partie du réseau de l'OMS en Amérique latine avaient déjà porté des fruits. Les réseaux de ces centres se développent également dans d'autres régions.

[10] A l'exception de la rage et de la fièvre Q, dont il est traité plus haut

Conformément à une recommandation formulée dans le rapport du Comité d'experts de la Grippe, qui a été publié durant l'année,[11] les envois de réactifs étalonnés aux laboratoires participant à l'étude ont commencé. L'OMS a créé, en outre, un service pour faciliter les échanges de tirages à part des publications traitant de la grippe. Un numéro spécial du *Bulletin* [12] a été consacré à la grippe ; il contient des études importantes (en anglais) sur divers aspects de cette maladie, y compris sa thérapeutique ; ces études ont paru également en anglais et en français dans la *Série de Monographies*.[13]

Poliomyélite

Le Comité d'experts de la Poliomyélite a tenu à Rome, au mois de septembre, sa première session qui a été consacrée principalement à une discussion des opinions émises actuellement sur la nature réelle de la maladie, ainsi qu'à l'examen des progrès réalisés récemment dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les méthodes de diagnostic et la possibilité d'une prophylaxie. Le comité a indiqué un certain nombre de mesures préventives qui pourraient contribuer à limiter la propagation de l'infection et à réduire la fréquence de la paralysie. Il a estimé que le recours, en vue d'une prévention spécifique, à l'immunisation passive par la gammaglobuline ne présente que peu d'intérêt du point de vue de la santé publique ; il convient, en revanche, de fonder de grands espoirs sur la préparation de vaccins, actuellement en cours, bien que celle-ci en soit encore au stade expérimental. La méthode de culture tissulaire du virus poliomyélitique a révolutionné les recherches relatives à cette maladie et le comité a recommandé de mettre un bien plus grand nombre de laboratoires en état de poursuivre ces travaux, car on parviendra peut-être ainsi à dépister l'infection poliomyélitique de la même manière que les infections typhoïdes. A titre de mesure provisoire, le comité a recommandé que des laboratoires régionaux soient chargés de procéder à l'identification et au typage des virus poliomyélitiques isolés dans toutes les parties du monde et de poursuivre les recherches dans ce domaine, afin d'accroître les connaissances touchant l'épidémiologie de la poliomyélite et de faciliter l'utilisation rationnelle des vaccins au moment où il sera possible de s'en procurer aisément. Il convient, d'autre part, de préparer les spécialistes du virus de la poliomyélite à appliquer les techniques de culture sur tissus. Le comité a, enfin, indiqué les problèmes sur lesquels il importe d'entreprendre d'urgence des recherches.

Afin de donner suite à ces recommandations, certaines mesures préliminaires ont été adoptées dès la fin de l'année. On commencera par désigner dans chaque région ou continent un laboratoire capable d'entreprendre les travaux nécessaires. Ultérieurement, le réseau de ces centres de recherche sera élargi et développé de la même manière que le réseau des centres de la grippe, compte tenu toutefois des différences que présentent les deux maladies.

Fièvre jaune

L'enquête sur l'immunité entreprise par l'OMS en vue de déterminer la limite méridionale de la zone d'endémicité amarile en Afrique (voir les Rapports annuels de 1950, 1951 et 1952) a été achevée durant l'année. Au cours de cette enquête, environ 12.000 échantillons de sang humain ont été prélevés dans les territoires suivants : Angola, Bechuanaland, Congo belge, Mozambique, Rhodésie du Nord, Nyassaland, Rhodésie du Sud, Tanganyika et Union Sud-Africaine ; ces échantillons ont été envoyés au Virus Research Institute d'Entebbe, ainsi qu'au South African Institute for Medical Research à Johannesburg, qui les ont analysés en vue d'y déceler la présence éventuelle d'anticorps du virus amaril. Les résultats de ces recherches ont été examinés par le Comité d'experts de la Fièvre jaune, dont la deuxième session — tenue à Kampala, Ouganda, au mois de septembre — a été consacrée principalement à la délimitation des zones d'endémicité conformément au Règlement sanitaire international. Dans ses recommandations, le comité a énuméré les territoires qui doivent être considérés comme zones de réceptivité amarile et il a préconisé une nouvelle délimitation des zones d'endémicité en Afrique et dans les Amériques (afin de remplacer celle qui avait été précédemment établie par l'UNRRA). Le comité a pris en considération les requêtes qu'ont présentées divers gouvernements pour obtenir que soient exclus des zones d'endémicité les territoires exempts d'*Aëdes aegypti*. En formulant ses propositions concernant la délimitation méridionale de la zone d'endémicité en Afrique, il a tenu compte des résultats de l'enquête sur l'immunité. Pour les Amériques, le comité a recommandé de maintenir la délimitation provisoire établie par l'UNRRA en application de la Convention sanitaire internationale de 1933/1944 pour la Navigation aérienne. Il a, enfin, proposé de modifier sur certains points plusieurs articles du Règlement sanitaire international relatifs à la fièvre jaune et a recommandé l'adoption d'un programme varié de recherches sur cette maladie. Le Comité de la Quarantaine internationale, qui s'est réuni à Genève au mois d'octobre, a examiné lesdites recommandations. (Les travaux de ce comité sont exposés au chapitre 5, page 43.)

La session du comité d'experts avait été précédée par un colloque sur les connaissances scientifiques actuelles concernant la fièvre jaune en Afrique.

Le vaccin antiamaril préparé par les Commonwealth Serum Laboratories à Melbourne, et celu

---

[11] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **64**

[12] *Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **8**, 591-824

[13] Organisation Mondiale de la Santé (1954). *La Grippe: état actuel des recherches*, Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies*, N° 20)



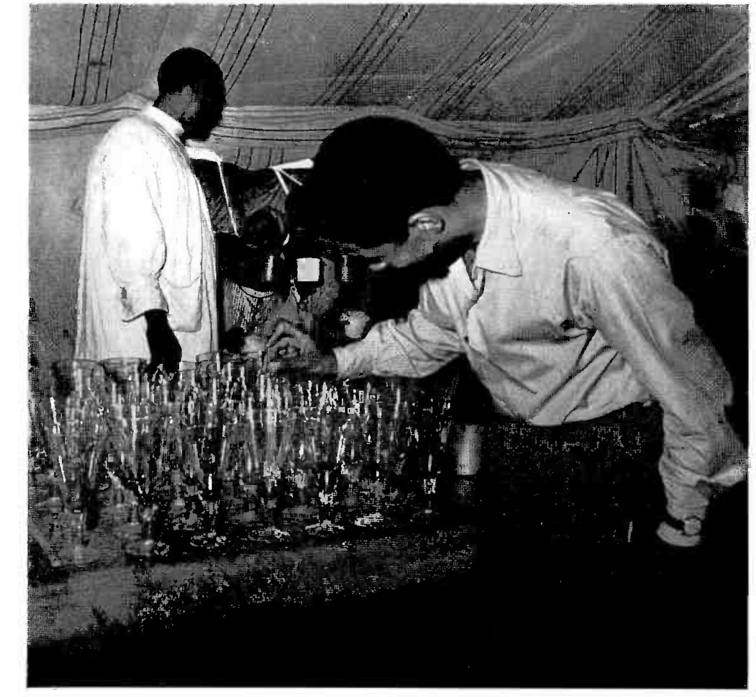
Des membres de cette famille de paysans égyptiens, aucun n'est à l'abri de la bilharziose, car leur vie gravite autour de ces canaux d'irrigation infestés de mollusques vecteurs de la maladie. L'homme et l'enfant, au premier plan, propulsent, à l'aide de la vis d'Archimède, l'eau du canal dans les rigoles qui alimentent les cultures. Chaque fois que leurs genoux sont inondés, les cercaires microscopiques émises par les mollusques risquent de leur attaquer la peau, puis de s'infiltrer dans leur organisme. Le danger couru par les lavandières n'est pas moins grand.

Avec l'aide de l'OMS, qui lui fournit les services d'experts et contribue, au titre de l'assistance technique, à l'achat du matériel indispensable, le Gouvernement égyptien a entrepris contre la bilharziose une campagne expérimentale dans la région de Calioub : toutes les méthodes de lutte sont mises en œuvre pour vaincre un fléau qui infeste le pays depuis la plus haute antiquité.







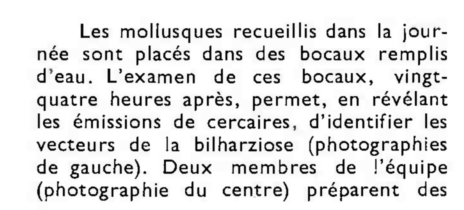


Deux méthodes utilisées pour recueillir, à des fins expérimentales, les mollusques que charrient les cours d'eau : Les petits conduits sont inspectés à l'aide de filets à main (photographies de gauche). Pour les grands canaux, on a recours à des pièges constitués de feuilles de palmier (photographies de



droite). Les branches sont retirées de l'eau, et les mollusques attachés aux feuilles sont recueillis dans des sachets de toile.

Sur la photographie du centre, un *planorbis* pris au piège. Il s'agit du mollusque qui provoque la forme urinaire de la bilharziose.



Les mollusques recueillis dans la journée sont placés dans des bocaux remplis d'eau. L'examen de ces bocaux, vingt-quatre heures après, permet, en révélant les émissions de cercaires, d'identifier les vecteurs de la bilharziose (photographies de gauche). Deux membres de l'équipe (photographie du centre) préparent des



mollusques pour détecter au microscope le parasite de la bilharziose.

Dans les centres de traitement de la zone expérimentale (photographies de droite), l'examen des échantillons d'urine permet de déterminer le taux d'infection de la population. Les villageois reconnus positifs sont soignés dans ces centres.



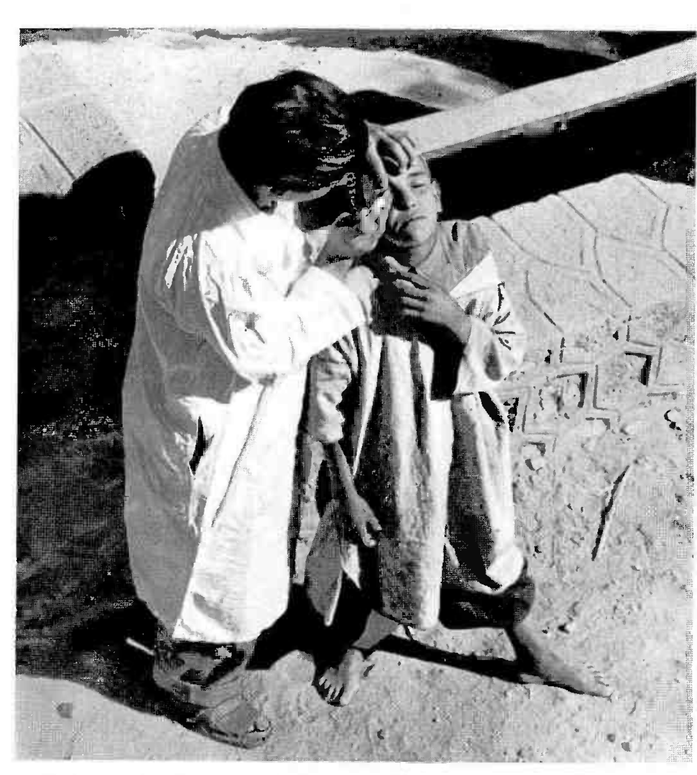






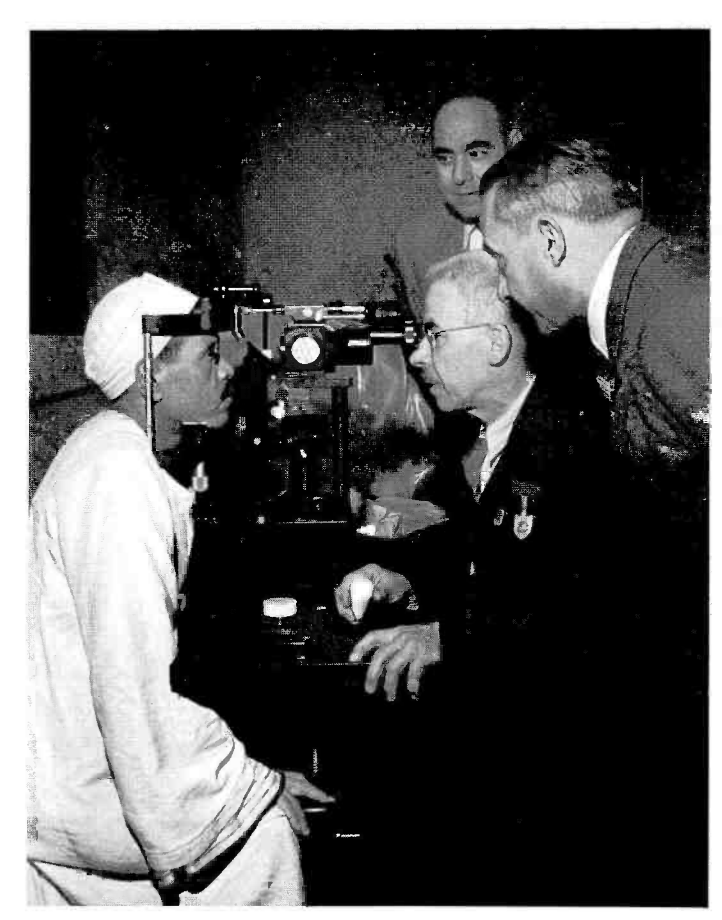
CAMPAGNE CONTRE LES MALADIES OCULAIRES EN TUNISIE ET AU MAROC...





Une campagne contre les maladies oculaires (affections très répandues dans les pays méditerranéens) est organisée par les Gouvernements de la Tunisie et du Maroc (zone française) avec la collaboration du FISE et de l'OMS. A gauche, rassemblement d'habitants de la région d'Ouarzazate pour la visite médicale; à droite, un ophtalmologiste fait des instillations (Tinerhir).

... ET EN ÉGYPTE, COLLOQUE SUR L'OPHTALMOLOGIE



Un des participants au colloque sur les maladies oculaires, le Dr Karl Lindner, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Vienne, examine un malade.



Dans le même hôpital Kars el Aini du Caire, examen d'un cas de strabisme avant l'opération.

qu'a préparé la National Drug Company, Swiftwater, Pennsylvanie, ont été approuvés par l'OMS pour la délivrance du certificat international de vaccination ou de revaccination contre la fièvre jaune.

Des campagnes contre *Aëdes aegypti* et d'autres insectes vecteurs de la maladie ont été organisées au Guatemala, dans le Honduras, au Nicaragua et au Panama. L'OMS a continué, par ailleurs, à recommander la vaccination méthodique de la population exposée au virus de la fièvre jaune.

Variole

Les recherches de laboratoire sur quatre vaccins antivarioliques desséchés ont été poursuivies durant l'année afin de déterminer le degré de leur perte d'efficacité. La longue série d'expériences entreprises à cet effet s'est à peu près terminée en 1953, mais les résultats définitifs ne seront connus qu'après leur analyse statistique. Ces recherches seront suivies de nouvelles expériences de laboratoire et d'essais pratiques sur l'homme. Des progrès ont été réalisés, d'autre part, dans l'étude de l'emploi de la gammaglobuline pour la séro-protection et la sérothérapie de la variole, qui a été entreprise par la Fondation Hooper de l'Université de Californie, avec la collaboration du Directeur général de la Santé du Gouvernement de l'Inde et des autorités sanitaires de New Delhi et de Madras. Les résultats obtenus jusqu'ici sont encourageants, mais il y aura lieu de poursuivre cet ordre de recherches avant de pouvoir formuler des conclusions définitives. L'Organisation a collaboré à ces travaux, dont elle suit attentivement le cours.

Les comités régionaux, les experts inscrits aux tableaux de l'OMS et d'autres spécialistes ont été consultés sur certaines questions techniques de nature à influencer l'organisation d'une campagne contre la variole, comme celle qui a été envisagée par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.[14] Les comités régionaux ont également été consultés à ce propos, conformément à la résolution WHA6.18, et un rapport, qui sera soumis au Conseil Exécutif lors de sa treizième session, a été établi.

Hépatite à virus

Le rapport sur la première session du Comité d'experts de l'Hépatite, qui s'est tenue en 1952, a été publié pendant l'année.[15] Des recherches ont été entreprises concernant la possibilité de recueillir, dans les différentes parties du monde, un matériel infectieux suffisant, dans l'espoir de découvrir ainsi une souche de virus qui serait ensuite étudiée en laboratoire.

Typhus

Une étude sur le typhus dans le nord de l'Inde a été entreprise en vue d'une campagne contre cette maladie. D'autre part, l'exécution des programmes de lutte s'est poursuivie en Afghanistan et au Pérou.

Trachome

Après la publication du premier rapport du Comité d'experts du Trachome[16] (voir le Rapport annuel de 1952), de nouvelles demandes d'assistance ont été présentées par des gouvernements désireux d'assurer la prophylaxie de cette maladie. En conséquence, des experts-conseils de l'OMS ont entrepris une série d'enquêtes importantes en Iran, au Maroc (zone française), à Taïwan et en Yougoslavie ; l'expert-conseil envoyé à Taïwan a également effectué des enquêtes préliminaires dans d'autres pays de la Région du Pacifique occidental : Brunéi, Cambodge, Hongkong, Malaisie, Nord-Bornéo, Philippines, Sarawak, Singapour et Viet-Nam. Des projets pilotes de lutte contre le trachome ont été entrepris en collaboration avec le FISE, le Conseil d'administration de cette organisation ayant, au cours de l'année 1953, accepté que la lutte contre cette maladie figure au nombre des activités du FISE. Des projets de traitement collectif, établis pour des zones limitées, ont également été amorcés au Maroc, en Tunisie et à Taïwan. Il est encore trop tôt pour se prononcer sur le résultat de ces entreprises, mais les rapports des experts-conseils de l'OMS qui ont pu inspecter à nouveau les projets en cours d'exécution au Maroc et à Taïwan, quelques mois après leur mise en œuvre, sont encourageants.

L'OMS a appuyé et stimulé les recherches en trachomatologie, conformément à la recommandation du comité d'experts ; elle a mis en œuvre un programme coordonné qui comprend les recherches sur la virologie du trachome, des études sur le rôle de la cortisone dans les cas où une guérison clinique de la maladie a vraisemblablement réussi, études dont le but est d'établir un test de guérison possible, et des recherches histopathologiques qui sont d'une réelle importance pour la solution des problèmes pathologiques et thérapeutiques.

Une initiative importante a été prise : l'échange de spécialistes de la recherche entre la Tunisie, le Maroc (zone française), le Japon, l'Egypte et l'Iran. On espère, grâce à ce projet dont l'exécution est en bonne voie, éclaircir quantité de points controversés dans l'étiologie, l'épidémiologie et la thérapeutique du trachome, et ainsi améliorer les moyens de lutte contre cette maladie.

---

[14] Voir résolution WHA6.18, *Actes off. Org. mond. Santé*, **48**, 23

[15] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **62**

[16] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **59**

Autres maladies transmissibles

Diphtérie et coqueluche

Une conférence de l'OMS sur la vaccination contre la diphtérie et la coqueluche a eu lieu en Yougoslavie en 1952.[17] Le rapport établi par cette conférence a été publié.

Avec l'aide de l'OMS et du FISE, des campagnes de vaccination se sont poursuivies au Brésil, au Chili et en Colombie, et une campagne contre la coqueluche a été entreprise dans l'île Maurice.

Un document énonçant les critères à adopter pour déterminer quels vaccins utiliser suivant les circonstances a été mis au point.

Une subvention a été accordée au Research Medical Council, à Londres, pour aider à financer les importants essais de vaccination anticoquelucheuse qui se poursuivent dans ces pays.

Fièvre typhoïde

La vaccination contre les fièvres typhoïde et paratyphoïdes soulève un certain nombre de problèmes non encore résolus, dont certains ont été étudiés au cours des discussions techniques intervenues pendant la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Le Gouvernement de la Yougoslavie ayant présenté une demande d'assistance pour un essai pratique de vaccination antityphoïdique, il en a été fait état pour aborder résolument ce problème : deux conseillers se sont rendus dans ce pays pour arrêter le plan de l'entreprise, qui sera exécutée en collaboration avec les autorités locales. Dans les années à venir, une série d'essais du même ordre auront lieu dans d'autres régions et seront conçus comme une vaste expérimentation d'ensemble de nature à fournir des réponses satisfaisantes aux questions en suspens.

Onchocercose

L'onchocercose est une des causes majeures de la cécité. Conformément au programme approuvé par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, l'OMS a entrepris de lutter contre cette maladie en convoquant la première session d'un Comité d'experts de l'Onchocercose, qui s'est tenue à Mexico du 23 novembre au 1er décembre.

Le comité a examiné les résultats obtenus dans le traitement grâce à l'utilisation d'agents thérapeutiques modernes ; faisant état, d'autre part, des découvertes récentes, il a discuté de la possibilité de recourir aux insecticides pour lutter contre les vecteurs aux différents stades de développement. La discussion a permis d'arriver à un accord sur les méthodes types à utiliser pour déterminer l'aire de la maladie, la nature des problèmes locaux qu'elle soulève et pour évaluer les résultats obtenus dans les campagnes de lutte. Le comité a également appelé l'attention sur d'importants problèmes qui se prêteraient à une coordination internationale des recherches.

Ces recommandations constitueront un point de départ pour les travaux sur l'onchocercose. Cette maladie atteindrait plus de 20 millions de personnes dans de vastes zones d'endémicité en Afrique et en Amérique ; elle constitue donc un problème social sérieux et un obstacle réel au développement économique de riches territoires non encore mis en valeur.

Lèpre

Dans la lutte contre la lèpre, on s'attache à substituer au système de la ségrégation une meilleure organisation des services de santé, de manière à pouvoir dépister rapidement les cas et instituer un traitement ambulatoire. Pour aider les Gouvernements de Birmanie et d'Ethiopie, l'OMS a organisé pendant l'année des enquêtes suivies de l'exécution de projets pilotes de traitement en série, dans le sens que préconise le premier rapport du Comité d'experts de la Lèpre, publié en 1953.[18] En raison de la nature de la maladie, il est encore trop tôt pour apprécier les résultats de ces mesures.

A la demande des Gouvernements de Thaïlande et de Turquie, des experts-conseils de l'OMS ont également mené des enquêtes dans ces deux pays et présenté des recommandations sur l'organisation des projets et sur les méthodes de lutte. Le Conseil d'administration du FISE a accepté en principe d'étendre l'aide de cette dernière organisation à la lutte contre la lèpre, qui doit être entreprise sur une vaste échelle et suivant des méthodes modernes, avec la collaboration de l'OMS.

Les suggestions du comité d'experts selon lesquelles il y aurait intérêt à utiliser la vaccination par le BCG dans la prophylaxie de la lèpre et à amorcer un programme coordonné de recherches à cet égard ont retenu toute l'attention qu'elles méritaient. La première de ces suggestions a été examinée par le Comité d'experts pour la Vaccination antituberculeuse lors de sa session tenue en novembre 1953 à Copenhague ; d'autre part, une étude internationale méthodique du matériel histopathologique a été entreprise.

L'OMS a maintenu sa collaboration avec la Société internationale de la Lèpre et a participé au VIe Congrès international de la Lèpre tenu en octobre à Madrid. Ce congrès a montré que, de nos jours, l'opinion mondiale s'intéresse bien davantage à la question de la lèpre ; il a confirmé que de nouvelles

[17] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **61**

[18] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **71**

méthodes de traitement et les progrès accomplis en immunologie ouvrent de nouveaux espoirs et permettent d'aborder le problème dans un esprit novateur. Il en est résulté, dans nombre de pays, un remarquable regain d'activité dans la lutte contre cette maladie, qui est l'une des plus anciennes et des plus redoutables pour l'homme.

Peste et choléra

Le dernier de la série d'articles sur la peste a paru dans le *Bulletin* au cours de l'année ; tous ces articles ont été réunis et seront publiés, avec des illustrations, sous la forme d'une monographie.

L'OMS s'est maintenue en rapports avec les spécialistes inscrits au tableau d'experts afin de connaître leur opinion sur des points relatifs à l'épidémiologie et à la prophylaxie de la peste, et de pouvoir ainsi élaborer des plans détaillés concernant les recherches proposées par le comité d'experts, dont le deuxième rapport a été publié au cours de l'année.[19]

Un programme inter-régional de coordination des recherches et de lutte contre cette maladie est en cours de préparation ; il sera exécuté en Iran, en Irak, en Syrie et en Turquie et comportera une étude des formes de la peste sylvatique qui sévit dans ces pays.

Les plans relatifs au projet de recherches sur la peste en Inde, dont il a été rendu compte dans le Rapport annuel de 1952,[20] ont été remis à l'étude ; quant au projet de lutte contre le choléra dans le Pakistan oriental, la difficulté de recruter un personnel compétent a eu pour effet d'en retarder la mise à exécution.

La standardisation des vaccins anticholériques et des antigènes est décrite au chapitre 6 qui traite de la standardisation biologique.

Bilharziose

Si elles opèrent isolément, les autorités sanitaires ne peuvent pas lutter efficacement contre la bilharziose ; elles doivent agir de concert avec celles qui sont chargées du développement de l'agriculture. En raison même des lacunes de nos connaissances relatives à l'écologie des mollusques vecteurs, il est indispensable que les conseillers en santé publique, les malacologues, les biologistes et les ingénieurs sanitaires travaillent en équipe. Le besoin de former des spécialistes en ces différents domaines se fait vivement sentir.

L'OMS préconise la revision de la classification internationale des mollusques et l'organisation de cours de formation professionnelle ; d'autre part, elle collabore à des essais sur le terrain. Bien que les molluscocides les plus récents — spécialement les composés halogénés du phénol, tels que le pentachlorophonate de soude et les composés du dinitrophénol — aient donné des résultats pleins de promesses, il est évident qu'il ne suffira pas de recourir aux molluscocides pour avoir raison de la bilharziose.

Des campagnes de lutte sont en cours en Egypte et aux Philippines. Les travaux de recherche sur les molluscocides les plus récents et sur leur application ont été encouragés et les essais sur le terrain se sont poursuivis en Egypte.

[19] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **74**

[20] *Actes off. Org. mond. Santé,* **45**, 21

CHAPITRE 2

BUREAU DE RECHERCHES SUR LA TUBERCULOSE

La tuberculose était, au lendemain de la guerre, le danger le plus menaçant pour la vie de millions d'individus. Une action internationale devenait donc urgente. La vaccination par le BCG, découverte française dont les pays scandinaves ont internationalisé l'application, semblait offrir la meilleure chance d'enrayer la maladie dans les nombreuses régions où elle se propageait, et fut pour ainsi dire du jour au lendemain reconnue comme l'un des principaux moyens d'action internationale dans le domaine de la santé publique. On procéda quotidiennement à des milliers de vaccinations. Naturellement, de nombreuses difficultés techniques surgirent, pour lesquelles il n'existait pas de solution toute faite. Comme il fallait, d'autre part, élucider certaines questions d'ordre pratique, tel le problème des effets immédiats et lointains de la vaccination par le BCG, on fut amené à créer, au printemps de 1949, le Bureau de Recherches sur la Tuberculose.

Dès ses premières années d'activité, ce Bureau obtint des résultats d'une valeur pratique immédiate.

Les études entreprises dans plusieurs parties du monde confirmèrent qu'une seule épreuve tuberculinique intradermique à faible dose suffit pour déterminer quelles sont les personnes qui doivent être vaccinées. On sait maintenant qu'il est possible, en mesurant les réactions à une dose de 5 UI (unités internationales) de « Vieille tuberculine » standardisée, de distinguer la plupart des personnes infectées (y compris les cas cliniques) de celles qui ne le sont pas. D'autre part, rien n'indique, jusqu'ici, que l'épreuve à 5 UI ne puisse être utilisée partout à cette fin.

Nous savons aujourd'hui que des variations, même sensibles, dans la technique de la vaccination intradermique n'affectent que peu ou point l'allergie post-vaccinale, bien que le diamètre de la lésion vaccinale et la fréquence des abcès locaux augmentent avec la profondeur de l'injection. Il est donc manifeste que le faible degré d'allergie parfois observé après des campagnes de masse ne saurait être imputé à des irrégularités ou à des différences de technique. Une importante conclusion pratique se dégage de ces observations : le personnel paramédical peut apprendre à effectuer lui-même et de façon satisfaisante les vaccinations antituberculeuses.

On a fréquemment indiqué qu'il est indispensable, pour conserver au vaccin BCG son pouvoir allergène, de le tenir à l'abri de la lumière et des températures élevées (voir le Rapport annuel de 1952, chapitre 2) ; la durée de son séjour au froid joue un rôle relativement peu important. Un vaccin, même récent, s'il est exposé, ne fût-ce qu'un temps infime, à la lumière et à la chaleur peut perdre beaucoup de son activité, car la plupart des bacilles qu'il contient risquent d'être tués. Ces considérations ont déjà conduit à la mise au point de méthodes plus économiques pour la préparation du produit en laboratoire et sa manipulation par les vaccinateurs.

Les épreuves de contrôle pratiquées sous les tropiques à la suite de certaines campagnes systématiques ont montré que, dans ces régions, l'allergie à la tuberculine créée par le BCG a été très faible, par rapport aux résultats obtenus dans les pays situés plus au nord. Pourtant, des enquêtes spéciales effectuées par sondage en Egypte, dans l'Inde et au Pakistan ont révélé que, dans des conditions soigneusement contrôlées, le BCG peut produire une allergie presque égale à celle que l'on observe chez les personnes infectées naturellement. Les résultats médiocres enregistrés au cours de certaines campagnes ne sont donc pas imputables à une inaptitude des personnes vaccinées à réagir au BCG, mais très probablement à l'emploi de vaccins tués par la lumière. L'OMS et le FISE devront, bien plus tôt qu'ils ne le prévoyaient, répondre aux questions sévères que leur poseront de nombreux pays touchant la nécessité de revacciner des millions d'individus. A ces questions il n'est pas encore possible de donner une réponse précise.

Les importantes variations géographiques de la sensibilité à la tuberculine, mises en évidence par les épreuves prévaccinales, confirment — certains indices le faisaient déjà supposer — que le bacille tuberculeux ordinaire de type humain (ou bovin) n'est pas la seule source de cette sensibilité chez l'homme. L'agent causal n'a pas encore été identifié, mais des progrès considérables ont été réalisés dans la discrimination entre les réactions spécifiques et les réactions non spécifiques à la tuberculine avant et après la vaccination par le BCG. Ces travaux ont manifestement une incidence directe sur l'emploi efficace de l'épreuve à la tuberculine dans tous les domaines de la lutte antituberculeuse.

Les vaccinations effectuées en série sous les auspices de la Campagne internationale contre la Tuber-

culose sont décrites dans une série de rapports sur douze pays ayant participé à cette campagne.[1] Ces documents constituent un dossier permanent sur les épreuves tuberculiniques et les vaccinations auxquelles ont été soumises respectivement quelque vingt et un et onze millions de personnes. Ils fournissent aux techniciens de la santé publique, sous une forme commode, des renseignements de base sur l'âge, le sexe et la résidence des personnes vaccinées et des informations épidémiologiques sur la sensibilité à la tuberculine dans chacun des pays pendant la campagne. Ces données fournissent probablement le meilleur indice de fréquence de la tuberculose pour de nombreux pays où les statistiques de morbidité et de mortalité font défaut ou laissent à désirer. Il est fort possible que la valeur de ces rapports augmente avec le temps, car les campagnes de vaccination de masse ont eu, sur le tableau de la sensibilité tuberculinique, de profondes répercussions qui persisteront pendant au moins une génération encore.

Le Bureau de Recherches sur la Tuberculose, depuis sa création il y a près de cinq ans, est un centre international où se discutent et s'échangent des renseignements sur le problème de la tuberculose. Le personnel consacre une grande patie de son temps à des discussions avec des spécialistes venant de nombreux pays. Ces entretiens aboutissent souvent à des programmes coordonnés de recherche sur divers aspects de la tuberculose. Environ soixante communications ont été publiées par le Bureau au sujet des résultats qu'il a obtenus dans ses études.

Maints problèmes touchant la vaccination par le BCG demeurent entiers. L'un des plus difficiles est celui de savoir si l'allergie tuberculinique constitue un indice certain d'immunité. Pour le résoudre, le Bureau de Recherches sur la Tuberculose procède méthodiquement à des études de laboratoire sur des animaux d'expérience et à des études cliniques sur l'homme. Le Centre de Recherches sur l'Immunisation contre la Tuberculose, laboratoire rattaché au Bureau, est en train d'expérimenter, sur des sérums provenant de diverses catégories de sujets (tuberculeux, personnes réagissant ou ne réagissant pas à la tuberculine, personnes vaccinées depuis plus ou moins longtemps), des méthodes qui ont été élaborées pour étudier la réponse sérologique à différents composants antigéniques du bacille tuberculeux. De son côté, le laboratoire du United States Public Health Service, à Atlanta, étudie sur de nombreux cobayes les relations existant, dans divers types de vaccins, entre le pouvoir de créer l'allergie à la tuberculine et le pouvoir immunisant contre une infection expérimentale provoquée au moyen de bacilles tuberculeux virulents. Le sang de ces cobayes est envoyé pour examen sérologique au Centre de recherches sur l'Immunisation contre la Tuberculose à Copenhague.

Quels seront, en définitive, les effets de la vaccination par le BCG sur la santé publique ? Il est encore difficile de le dire. Certes, le Danemark et la Finlande sont en train de procéder conjointement à des études qui éclaireront sans doute quelques aspects du problème, mais les résultats de ces travaux ne seront connus que dans plusieurs années. De toute façon, on ne pourra se prononcer de façon décisive sur la valeur du BCG que lorsque seront achevées les études quantitatives comparées actuellement entreprises, sur des groupes vaccinés et sur des groupes non vaccinés (témoins), par le British Medical Research Council et par le United States Public Health Service.

Dans l'avenir, la tâche des organisations internationales consistera moins à appliquer des mesures d'urgence pour combattre la tuberculose qu'à aider les gouvernements à élaborer des programmes de santé publique permanents et bien équilibrés. Elles devront tenir compte, à cet égard, de certains facteurs qui, ces dernières années, ont profondément modifié les données du problème. En premier lieu, la mortalité par tuberculose a diminué rapidement presque partout, pour des raisons qui sont loin d'être claires. En deuxième lieu, la découverte de nouveaux médicaments efficaces entraînera, selon toute probabilité, une orientation entièrement nouvelle de l'action menée contre cette maladie ; étant donné les immenses possibilités qu'offrent ces médicaments de rendre non contagieux les tuberculeux évolutifs, un jour viendra peut-être où les programmes de santé publique s'attacheront à prévenir la tuberculose-infection plutôt que la tuberculose clinique. En troisième lieu, enfin, l'OMS collabore actuellement à l'action antituberculeuse menée dans des pays où la fréquence de la tuberculose et, peut-être, les caractéristiques spéciales que cette maladie y revêt, sont mal connues. Le Bureau de Recherches sur la Tuberculose ne doit plus concentrer son activité sur une phase limitée de la lutte antituberculeuse. Il importe que la recherche et l'action sanitaire internationales s'adaptent à l'évolution des besoins et des possibilités et les programmes doivent être établis en conséquence.

---

[1] Les rapports sur les campagnes systématiques de vaccination entreprises en Autriche, en Egypte, en Equateur, en Grèce, en Israël, à Malte, au Maroc et à Tanger, en Pologne, en Syrie, en Tchécoslovaquie, en Tunisie et en Yougoslavie, ont été publiés entre 1947 et 1953 par la Campagne internationale de la Tuberculose et le FISE.

CHAPITRE 3

SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

Renforcement des Services nationaux de Santé

En accordant son aide aux gouvernements, l'OMS vise essentiellement à renforcer les services nationaux de santé. Pour y parvenir, elle doit avoir recours à des méthodes variées, étant donné les différences de niveau économique et culturel ainsi que de développement économique et social entre les divers pays. Il arrive donc souvent que les progrès soient lents.

Durant l'année écoulée on s'est attaché à coordonner les activités sanitaires nationales et internationales et à encourager l'amélioration et la réorganisation des services de santé ; l'aménagement de services locaux de santé judicieusement équilibrés a été préparé par des enquêtes, une organisation méthodique et des démonstrations.

La nécessité de coordonner les travaux sanitaires internationaux avec l'activité des services nationaux a été pleinement reconnue. Dans de nombreux pays, des comités nationaux de coordination ou d'organisation ont été créés à cet effet et l'OMS a détaché auprès des gouvernements des représentants de zone ou des administrateurs de la santé publique qui ont activement collaboré à ces efforts. Les équipes qui opèrent dans les pays, dans des domaines tels que l'hygiène de la maternité et de l'enfance, l'assainissement, la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le paludisme, ont reçu pour instructions de considérer chaque projet entrepris avec l'aide de l'OMS comme une partie intégrante des programmes nationaux de santé : le chef d'équipe doit non seulement voir dans les travaux dont il assume la direction un moyen d'amener le gouvernement à élaborer son propre programme dans le domaine considéré, mais s'efforcer en outre de rattacher ce programme à l'ensemble des activités sanitaires nationales. A cet effet, l'Organisation a pour principe de désigner en qualité de chefs d'équipes des spécialistes possédant une formation générale en santé publique. Cette formule d'intégration trouve désormais une application plus large dans de nombreux pays bénéficiaires de l'aide de l'OMS. Dans certains d'entre eux — en Ethiopie, en Indonésie, en Iran et en Thaïlande — il existe en outre, à l'échelon national, un système de coordination de l'aide fournie par l'OMS et de l'assistance accordée en vertu d'arrangements bilatéraux par des institutions telles que la Foreign Operations Administration ou le Plan de Colombo.

Pendant l'année considérée, l'OMS a prêté son concours à la Birmanie, à la Colombie et au Panama, pour leur faciliter le recensement et l'amélioration de leurs services nationaux et locaux de santé. En se basant sur les recommandations de l'OMS, le Gouvernement birman a créé récemment un ministère de la santé et renforcé l'administration sanitaire nationale. Ce même Gouvernement a également consenti à majorer de 40% le traitement du personnel médical et paramédical, afin de l'encourager à se consacrer entièrement au service de l'Etat. En Colombie, un expert-conseil de l'OMS a fait une étude sur les services municipaux de santé de la ville de Bogota. Au Panama, une équipe de l'OMS a procédé à une enquête approfondie et détaillée sur les services ruraux de santé, en vue de les réorganiser méthodiquement, conformément à un plan englobant la totalité du pays ; une vaste enquête a été entreprise également sur les conditions économiques, sociales et sanitaires de la région de La Chorrera, où l'on se propose de créer un service modèle de santé ; à cet effet, les enquêteurs se sont entretenus avec les membres de 400 familles domiciliées dans la ville ou dans la région avoisinante.

Les rapports que les administrations sanitaires de la Belgique, de la France, de la Norvège, de l'Ecosse et de la Suède ont préparés sur l'organisation de leurs services de santé publique, à l'occasion des visites effectuées par des groupes de hauts fonctionnaires de la santé des pays européens (voir le Rapport annuel de 1952), ont été mis à la disposition du Bureau régional de l'Europe et seront distribués en même temps que les observations des conseillers de l'OMS qui accompagnaient ces groupes pour conduire les débats sur les divers problèmes de santé publique. L'intérêt des groupes itinérants d'étude ne consiste pas seulement dans les avantages que les participants peuvent retirer des constatations faites et des discussions intervenues au cours de leur visite ; il réside également en ce que les autorités sanitaires nationales des pays visités peuvent saisir cette occasion pour examiner l'organisation de leurs services de santé et pour discuter des problèmes d'intérêt commun avec des représentants des administrations sanitaires d'autres pays. Un autre groupe d'étude doit se rendre en Allemagne et en Italie au mois d'avril 1954 (voir page 93), et toutes dispositions utiles ont été prises à cet effet.

Dans la zone de démonstrations sanitaires du Salvador, l'élaboration d'un programme sanitaire bien équilibré a progressé de façon satisfaisante. La création d'un conseil, la « Junta Planificadora », qui comprend des représentants des ministères intéressés et des organisations internationales participantes, a permis de réaliser l'unité de direction de ce programme. Au cours d'une réunion tenue au début de l'année, ce conseil a examiné les programmes sanitaires que le Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale, agissant de concert avec le Ministère de l'Intérieur, envisageait d'exécuter dans cette région en 1953. La direction des opérations a été progressivement décentralisée et les divers services ont été coordonnés. On se propose de créer un réseau de quatre centres de santé, pour lesquels les bâtiments nécessaires ont déjà été construits ou transformés avec la collaboration des habitants des zones intéressées. L'un de ces centres fonctionne déjà à Quezaltepeque, chef-lieu de la région, où un centre de formation professionnelle a également été créé ; en outre, un service d'eau a été installé, des plans ont été établis pour des canalisations d'égout et des cours ont été organisés en vue de la formation d'auxiliaires pour les soins infirmiers de santé publique et pour les travaux d'assainissement. L'UNESCO, la FAO et l'OIT ont entrepris des enquêtes dans la région, et l'UNESCO aide le Gouvernement à préparer un programme de formation professionnelle pour les instituteurs des écoles primaires.

L'exécution du programme établi pour la zone de démonstrations sanitaires de Calioub en Egypte a commencé au mois de mars.[1] Afin d'assurer l'unité d'action et de direction dans cette région, le Gouvernement égyptien a créé le Conseil sanitaire de Calioub, dont font partie des représentants des divers ministères et institutions spécialisées intéressés, et il a ouvert un crédit de 250.000 livres égyptiennes au titre des activités sanitaires de la zone. L'OMS a recruté pour ce projet deux infirmières de la santé publique, un épidémiologiste, un ingénieur sanitaire, un statisticien et un éducateur sanitaire.

Les débats qui ont eu lieu à la deuxième session du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique, en septembre, devraient amener les administrations sanitaires et les milieux politiques à s'intéresser à l'organisation de services de santé locaux bien équilibrés. Le comité d'experts a examiné les méthodes à suivre dans la préparation et la coordination des programmes sanitaires locaux et il a estimé que la mise sur pied d'unités sanitaires locales constituerait le meilleur moyen de doter ces régions de services rationnellement conçus. Un expert a été chargé de préparer une étude spéciale sur l'organisation et le fonctionnement d'unités sanitaires rurales, en prévision des discussions techniques qui auront lieu à la Septième Assemblée Mondiale de la Santé sur les problèmes de santé publique dans les régions rurales.

L'Organisation des Nations Unies a publié des rapports sur les diverses missions qu'elle a patronnées en 1952 et auxquelles l'OMS a participé. Dans son rapport, la mission de service social envoyée par les Nations Unies en Birmanie recommande la création de centres ruraux de santé, qui constitueraient la première étape de l'établissement de services sanitaires essentiels pour les éléments ruraux, lesquels représentent 85 % de la population globale du pays. Dans le rapport de la mission envoyée dans les Hautes Andes par l'Organisation des Nations Unies, l'OIT, l'UNESCO, la FAO et l'OMS, il est recommandé notamment d'établir dans chacune des trois subdivisions nationales du plateau habité par la population indienne (Bolivie, Equateur et Pérou) un centre sanitaire rural devant servir de point de départ pour l'organisation ultérieure de services de santé. (On trouvera un rapport plus détaillé sur cette enquête dans la Partie IV, projet AARO 6.) Un expert de l'OMS sera recruté pour cette mission, qui a commencé, dans la région, l'exécution de la deuxième partie du programme visant à améliorer la condition économique et sociale des Indiens des Andes. Les rapports établis par les missions d'enquête sur l'organisation et le développement des collectivités, que l'Organisation des Nations Unies a envoyées en 1952 dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, soulignent que les activités sanitaires sont de nature à préparer les voies à l'organisation sociale.

Assainissement

En 1953, l'OMS a intensifié son action dans le domaine de l'assainissement, en multipliant surtout les services fournis sur le plan régional et sur le plan mondial. Une grande partie du travail a été exécutée en collaboration avec des institutions spécialisées des Nations Unies et d'autres organisations.

Le but que vise l'OMS à cet égard est d'étudier les problèmes importants qui préoccupent plusieurs gouvernements, de diffuser des informations techniques et de susciter parmi les spécialistes un courant d'intérêt pour l'assainissement. Voici une énumération des initiatives prises au cours de l'année considérée :

1) étude des problèmes d'assainissement qui se posent dans les zones rurales et les petites collectivités ;

2) préparatifs en vue d'instituer des normes internationales relatives à la qualité de l'eau et des méthodes types pour l'analyse de l'eau ;

[1] Voir *Actes off. Org. mond. Santé*, **45**, 130.

3) préparation d'un manuel des techniques d'assainissement dans les ports et aéroports, en collaboration avec l'OACI ;

4) étude sur la sensibilité des poux aux insecticides, entreprise en étroite collaboration avec tous les Gouvernements Membres et visant à mettre au point des méthodes rationnelles de lutte contre les maladies transmises par les poux ;

5) étude des effets que l'emmagasinage dans des conditions tropicales exerce sur divers insecticides dispersables dans l'eau ;

6) étude des problèmes que pose la lutte contre les mouches domestiques dans les pays de la Méditerannée orientale ;

7) participation à la préparation du symposium sur la lutte contre les insectes qui s'est tenu à Rome au mois d'octobre sous les auspices du Bureau régional de l'Europe et de l'Istituto Superiore di Sanità ;

8) collaboration à l'organisation d'un cours sur le contrôle de la qualité et le traitement du lait. Ce cours, minutieusement préparé par un groupe de travail inter-organisations (FAO/FISE/OMS) sur le lait et les produits laitiers, qui s'est également réuni à Rome, a été suivi par quarante spécialistes et directeurs d'entreprises laitières appartenant à onze pays des Régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale (voir aussi page 13) ;

9) formation, sur le plan national, de personnel d'assainissement de diverses catégories.

Pour tous ces travaux, l'OMS a bénéficié du concours spontané des gouvernements, qui lui ont fourni les données de base nécessaires ; elle a également pu faire appel aux personnalités inscrites aux Tableaux d'experts des Insecticides et de l'Assainissement, ainsi qu'à d'autres spécialistes et à diverses organisations de nombreux pays.

On se préoccupe de plus en plus depuis quelques années d'améliorer les conditions de salubrité dans les régions rurales et les petites collectivités où résident les deux tiers de la population du globe. Dans quelques régions fortement peuplées du monde, plus de 80% de la population vit dans des districts ruraux où les services d'assainissement sont rudimentaires, voire inexistants. Il en est souvent de même dans les zones rurales proches des villes, ce qui constitue un danger non seulement pour les habitants desdites zones, mais encore pour les agglomérations urbaines voisines. Dans de telles régions, la mortalité chez les enfants âgés de un à quatre ans peut être de trente à quarante fois supérieure à celle qu'on observe dans les pays où l'assainissement est satisfaisant. L'importance accordée maintenant à ce problème est attestée par le fait que les discussions techniques auxquelles procédera la Septième Assemblée Mondiale de la Santé au sujet des problèmes de santé publique dans les régions rurales porteront notamment sur l'assainissement.

Désireuse de formuler des recommandations relatives à la place importante que les administrations sanitaires nationales devraient réserver à la salubrité des régions rurales dans leurs programmes futurs, l'OMS a convoqué en juillet une troisième session du Comité d'experts de l'Assainissement. Les personnalités inscrites au Tableau d'experts de l'Assainissement et d'autres spécialistes de cette question ont collaboré à la préparation de cette réunion, à laquelle 35 experts de divers pays ont adressé des communications. Le rapport établi sur cette session renferme des suggestions pratiques quant aux mesures d'assainissement à prendre dans les régions rurales ; il sera soumis au Conseil Exécutif à sa treizième session, en janvier 1954.

Le Comité d'experts de l'Assainissement avait recommandé lors de sa première session, en 1949, que l'OMS fixe le plus tôt possible des normes internationales permettant d'évaluer les qualités bactériologiques, chimiques et physiques de l'eau de boisson.[2] Au cours du deuxième semestre de 1952, deux demandes émanant de sources différentes ont invité l'OMS à prendre l'initiative d'établir une norme internationale pour la qualité de l'eau de boisson et l'ont priée d'étudier le problème des méthodes types à appliquer pour l'analyse de l'eau. La première demande émanait du troisième colloque des ingénieurs sanitaires européens et la seconde de l'Association internationale des Distributions d'eau. En conséquence, l'Organisation a convoqué une réunion officieuse de plusieurs experts européens des services de distribution d'eau et a engagé un consultant spécial. Il a fallu aussi rassembler des données sur la qualité de l'eau pour la rédaction d'un manuel relatif à l'hygiène et à la salubrité des aéroports, que l'OMS est en train d'établir en collaboration avec l'OACI. Ces premières mesures prises, l'OMS s'est adressée au début de 1953 à la plupart des pays du monde pour savoir s'ils avaient adopté des normes officielles concernant la qualité de l'eau et, dans l'affirmative, quelles étaient ces normes. Cette enquête a montré que le principe de normes officielles applicables à la qualité de l'eau était généralement admis, mais que les normes elles-mêmes étaient loin d'être uniformes, sauf dans les Amériques et dans les pays du Commonwealth britannique. Les réponses résultant de cette enquête préliminaire ont été résumées au Siège et communiquées aux bureaux régionaux. A la fin de 1953, le Bureau régional de l'Europe a convoqué un groupe de spécialistes de la santé publique et d'experts des services de distribution d'eau pour examiner les renseignements disponibles à cette date sur les normes relatives à la qualité de l'eau et pour présenter des observations dont l'OMS puisse s'inspirer. Un autre groupe se réunira en 1954, cependant que deux ou trois autres bureaux régionaux organiseront sans doute des réunions analogues. Après ces échanges de vues régionaux, l'OMS organisera une réunion

[2] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1950, **10**, 16

d'experts des différentes Régions, en vue d'étudier la situation et d'élaborer un projet de norme internationale qui sera soumis aux Etats Membres. Ceux-ci seront priés de l'adopter, notamment dans les ports et les aéroports ouverts au trafic international. Etant donné l'urgence de la question, l'OMS est en train d'établir une norme provisoire qui pourra être utilisée en attendant qu'une norme internationale satisfaisante ait été définitivement acceptée.

Un autre exemple significatif du travail accompli pendant l'année 1953 est l'enquête sur la sensibilité des poux aux insecticides. Des rapports d'après lesquels certains insectes vecteurs de maladies sont en train d'acquérir une résistance aux insecticides inquiètent beaucoup de spécialistes de la santé publique. Au cours des dix dernières années, on a fondé de grands espoirs sur la poudre de DDT et d'autres insecticides pour la lutte contre les poux vecteurs de maladies. Or, on court le danger maintenant de voir les poux acquérir lentement une résistance qui risque de poser un grave problème de santé publique intéressant l'ensemble du globe. Pour obtenir des informations techniques aussi complètes que possible, l'OMS a entrepris dans le monde entier une enquête sur la sensibilité des poux aux insecticides et a adressé à tous les gouvernements une circulaire exposant le plan détaillé de l'enquête ; afin d'uniformiser les examens qui seront pratiqués à cette occasion, on a préparé une trousse spéciale, qui contient des poudres de DDT, d'HCH et de pyréthrines. Les données recueillies dans les différentes régions seront donc comparables entre elles et feront l'objet d'une analyse minutieuse.

L'aide directe que l'OMS a accordée aux gouvernements en matière d'assainissement vise à améliorer l'enseignement et la formation du personnel d'assainissement, à renforcer les administrations sanitaires nationales en mettant à leur disposition des services de consultations et à faire la démonstration de bonnes techniques d'assainissement et des méthodes modernes de lutte contre les insectes et autres vecteurs de maladies. Au cours des trois dernières années, l'OMS s'est particulièrement préoccupée de la formation de personnel national de toutes catégories. Elle a envoyé dans les pays des experts internationaux chargés de mettre en train des programmes de formation professionnelle ou d'aider à améliorer les programmes existants. Elle a d'autre part attribué des bourses pour études de perfectionnement à l'étranger. On peut signaler dans cet ordre d'idées le cours de formation professionnelle d'inspecteurs sanitaires au Libéria, qui a pris fin en mars 1953, et le programme de formation professionnelle de personnel d'assainissement au Brésil, au Chili et au Mexique, dont l'exécution a débuté vers la fin de 1952. Ces projets sont énumérés dans la Partie IV.

L'OMS a en outre prêté assistance aux gouvernements sur des points particuliers : lutte contre les mouches et les insectes, évacuation des ordures ménagères et étude des conditions de salubrité dans les aéroports et leurs environs. Les équipes antipaludiques que l'Organisation a envoyées dans divers pays comprenaient des techniciens de l'assainissement qui ont mis en évidence, par leur action, le rôle important que doit jouer le génie sanitaire dans les programmes antipaludiques nationaux. Au total, l'OMS a collaboré en 1953 à l'exécution de 35 projets, dans le cadre desquels 42 spécialistes de l'assainissement ont opéré dans 37 pays.

Les remarques qui précèdent montrent qu'en 1953 l'OMS s'est intéressée tout particulièrement aux domaines de l'assainissement dans lesquels elle est le mieux en mesure de collaborer avec les gouvernements et d'autres organisations internationales. Cette politique est appelée à se poursuivre et à s'intensifier à l'avenir. Il est cependant des aspects de l'assainissement qui n'ont été qu'abordés jusqu'ici : on peut signaler à cet égard l'échange d'informations techniques, les problèmes sanitaires relatifs à l'habitat et à l'urbanisme et le vaste problème de l'assainissement dans les régions rurales.

L'OMS continuera sans doute à donner aide et conseils aux gouvernements pour leur permettre d'instituer, de développer ou de renforcer leurs services d'assainissement urbains et ruraux et de les intégrer dans leurs services nationaux de santé publique. Nombreux sont les pays où la pénurie de personnel auxiliaire qualifié dans l'assainissement et les branches connexes restera, durant plusieurs années encore, un obstacle à l'exécution de ces programmes. Il est donc essentiel que l'OMS continue à accorder une haute priorité aux projets visant à former du personnel compétent pour les services de santé publique et d'assainissement.

Nutrition

Deux importantes réunions consacrées à la nutrition ont été organisées sous les auspices de l'OMS en novembre et en décembre 1952. Une réunion mixte FAO/OMS a eu lieu en Gambie (Afrique occidentale) pour traiter de la malnutrition protidique chez la mère, le nourrisson et l'enfant, du point de vue mondial ; d'autre part, un groupe d'étude de l'OMS s'est réuni à Londres pour discuter la lutte contre le goitre endémique. Les deux groupes ont donné à l'OMS des indications précises sur la forme que devrait revêtir, à l'avenir, son activité dans ces deux domaines de la nutrition, et beaucoup de temps a été consacré depuis lors à la mise en œuvre de leurs recommandations.

En 1953, l'OMS a participé avec la FAO à deux conférences régionales, qui se sont respectivement

tenues à Bandoeng (Indonésie) et à Caracas (Venezuela). La première a réuni des délégations de pays de l'Asie du Sud-Est, et la seconde des représentants de diverses parties du Pacifique occidental et des Amériques. Les conclusions et les recommandations des deux groupes d'étude ont été présentées aux deux conférences régionales ; les spécialistes délégués par les pays ont donc pu examiner de façon approfondie les opinions d'autorités mondiales en la matière. Ne serait-ce qu'à ce point de vue, des conférences de ce genre sont d'une grande valeur. Comment les conclusions des experts s'appliquent-elles aux problèmes que pose la maladie dans chaque pays particulier et comment les mesures préconisées peuvent-elles être appliquées au mieux ? Ce sont là des questions qui se prêtent à des discussions utiles tant pour les délégués que pour l'OMS.

Au cours des deux conférences régionales, la malnutrition protidique a suscité un vif intérêt et elle y a fait l'objet de communications très intéressantes. Si, foncièrement, elle est identique pour toutes les populations sous-alimentées du monde, ses manifestations varient suivant les régions, surtout peut-être en fonction des aliments de base disponibles. Les différences observées peuvent être fort précieuses pour mettre en lumière le rôle joué par divers facteurs dans l'étiologie de cet état. En Asie, d'importantes recherches et enquêtes sont en cours, généralement exécutées par les pays eux-mêmes. Cependant, en Indonésie, où la malnutrition protidique semble constituer l'un des principaux problèmes de santé publique, l'OMS a envoyé des consultants pour aider à déterminer sa fréquence. Des rapports sur tous ces travaux ont été présentés à la conférence de Bandoeng. Des rapports concernant des enquêtes faites en Amérique centrale et au Brésil avec l'aide de l'OMS et de la FAO ont été soumis à la troisième conférence latino-américaine sur la nutrition, qui s'est tenue au Venezuela. Ces rapports, ainsi que les renseignements fournis par les pays eux-mêmes, ont montré que, dans certains pays, la malnutrition protidique est un facteur très important de morbidité et de mortalité dans les groupes d'âge inférieurs. Les moyens de combattre ce syndrome ont été longuement examinés au cours des deux conférences.

Au cours de sa session de 1952, le Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition avait recommandé que les deux organisations convoquent périodiquement, dans différentes régions, des réunions mixtes groupant un nombre restreint d'experts du métabolisme protidique, qui « passeraient en revue les travaux accomplis et recommanderaient les études à entreprendre avec l'aide éventuelle de centres de recherches et autres organismes adéquats ».[3] L'OMS a accepté cette recommandation qui s'accorde avec sa politique visant à stimuler et à coordonner les recherches médicales ou scientifiques plutôt qu'à les entreprendre elle-même. Des réunions mixtes de ce genre lui offrent une occasion exceptionnelle de s'acquitter de cette tâche. En effet, non seulement on procède à de vastes recherches sur les maladies qu'engendre la malnutrition protidique dans les pays très épars où on constate son existence, mais encore on étudie le métabolisme protidique dans les pays qui jouissent d'un niveau de vie élevé et qui ignorent le syndrome. Ces deux ordres de recherches se complètent mutuellement et ont tout à gagner à être étroitement coordonnés.

La Josiah Macy Jr Foundation, de New-York, s'intéresse au problème de la malnutrition protidique et a fait un don en espèces qui a permis à l'OMS et à la FAO d'inviter six spécialistes de régions différentes du monde à assister à une réunion à la Jamaïque, en novembre. Des chercheurs éminents ont pu ainsi échanger leurs vues, se faire une idée d'ensemble des progrès récents et essayer d'en prévoir les résultats.

Le groupe d'étude qui s'est réuni en 1952 a pu donner des directives claires en vue de la prévention du goitre endémique dans les pays où l'on n'utilise que du sel brut séché au soleil. Il a été établi que, administré sous forme d'iodates, l'iode est utilisable par la glande thyroïde, et les essais d'application ont confirmé que le goitre endémique peut être combattu par l'emploi de ces sels. Les iodates sont beaucoup plus stables dans le sel brut que les iodures. Ceux-ci exigent des agents stabilisants et leur emploi est quelque peu plus onéreux que celui des iodates. D'autre part, un procédé simple a été mis au point pour broyer le sel brut et l'additionner d'iodates. Ces constatations sont de nature à hâter considérablement la solution du problème de la prophylaxie du goitre endémique dans de vastes régions du globe. Elles ont en tout cas suscité un renouveau d'intérêt pour cette question, et il paraît vraisemblable que plusieurs pays qui utilisent le sel brut s'inspireront de l'expérience de ceux qui emploient du sel de table en poudre. Le délégué de l'Inde a informé la conférence de Bandoeng qu'un Etat de l'Inde où le goitre endémique pose un grave problème, non seulement médical mais encore économique et social, s'apprête à expérimenter sur une petite échelle les techniques recommandées par le groupe d'étude, à savoir l'adjonction d'iodates au sel brut séché au soleil. Ce travail préliminaire sera entrepris en collaboration étroite avec l'OMS.

Les essais d'application précédemment mentionnés ont été effectués en Amérique centrale sous les auspices de l'Institut de la Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama et ont fait l'objet de communications à la conférence régionale sur la nutrition à Caracas. Ils ont incité les pays de la Région à s'intéresser vivement à la lutte contre le goitre endémique, et plusieurs de ceux-ci se disposent à essayer la nouvelle méthode. Aussi la question a-t-elle été longuement discutée à Caracas, où on a formulé, d'après l'expérience acquise en Amérique latine, des recommandations relatives à des enquêtes sur le goitre endémique, à la quantité d'iode à

---

[3] *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1953, **72**, 21

adjoindre au sel, aux méthodes à appliquer pour traiter ainsi le sel, etc. L'OMS se tiendra étroitement au courant de l'évolution de ces travaux. Elle s'apprête d'autre part à envoyer dans plusieurs pays de l'Amérique latine un expert-conseil spécialisé dans la technique de l'adjonction de l'iode au sel.

Les deux réunions régionales ont examiné la question des méthodes à appliquer pour l'enseignement de la nutrition. Celle de Bandoeng a recommandé que des institutions internationales organisent un colloque en vue d'améliorer l'action éducative dans les centres de protection maternelle et infantile, dans les écoles, etc.

Dans de nombreux pays du monde, l'OMS travaille, avec l'aide du FISE, à mettre sur pied des services de protection maternelle et infantile. L'un des aspects que revêt cette activité mérite ici une mention particulière. Ce sont les cours de nutrition que reçoit l'infirmière de la santé publique, dont le degré de préparation et les qualités personnelles conditionnent dans une large mesure l'efficacité des services de protection maternelle et infantile. Les carences alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant sont parmi les principales causes de maladies dans maints pays, si bien qu'en inculquant aux mères de bonnes habitudes alimentaires, on peut faire beaucoup pour réduire la morbidité et la mortalité. L'infirmière de la santé publique ne peut s'acquitter de cette tâche que si elle est elle-même bien au courant de ces questions et comprend les gens parmi lesquels elle travaille. Un consultant ayant une longue expérience de la pédiatrie dans les pays tropicaux s'est rendu dans les Régions de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et a présenté des rapports sur cet aspect important de la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Pour réformer les habitudes alimentaires des collectivités rurales et leur permettre de tirer le meilleur parti de toutes les denrées qu'elles produisent ou pourraient produire, il est indispensable de connaître leurs coutumes et leurs traditions. Aussi l'OMS est-elle en train d'effectuer une synthèse de la documentation parue sur les problèmes de nutrition et les habitudes alimentaires dans différentes parties du monde. Un consultant qui a séjourné plusieurs années en Afrique a rédigé un manuel qui traite des méthodes et des habitudes alimentaires dans les territoires africains au sud du Sahara.

Sur la demande du médecin-chef de l'UNRWAPRNE, un expert du Siège s'est rendu dans la Région de la Méditerranée orientale pour effectuer une enquête sur l'état de nutrition des réfugiés arabes (voir page 34). C'est la troisième enquête de ce genre exécutée par l'OMS.

Santé mentale

Il apparaît de plus en plus que les méthodes par lesquelles l'OMS a encouragé les activités traditionnelles de santé publique ne sont guère applicables à un programme international de santé mentale. L'Organisation n'a pas hérité des institutions sanitaires internationales de caractère permanent ou temporaire qui l'ont précédée les fondements qui lui auraient permis d'asseoir solidement son action dans ce domaine. Il lui a donc fallu, au cours de ses premières années d'existence, essayer de mettre au point des méthodes appropriées.

Un moyen couramment utilisé par l'Organisation pour venir en aide aux gouvernements s'est toutefois révélé extrêmement efficace : il s'agit des experts-conseils à court terme. En effet, l'engagement d'un personnel international pour une longue durée semble beaucoup moins indiqué pour les programmes de démonstration et d'enseignement en santé mentale que pour les activités traditionnelles de santé publique. La pénurie, même dans les pays très évolués, de spécialistes éminents de cette branche, l'inopportunité pour l'Organisation de recruter des techniciens de second ordre, les difficultés inhérentes à l'emploi d'une langue étrangère dans la pratique de la médecine mentale et l'influence considérable exercée sur les problèmes psychiatriques par les conditions d'ordre social et culturel propres à chaque pays, font que la simple transplantation de techniques d'un pays à l'autre par des équipes de démonstration ne serait guère susceptible d'être couronnée de succès dans le domaine de la santé mentale.

L'appel à des experts-conseils à court terme permet par contre à l'Organisation d'assurer temporairement à un Etat Membre les services d'un expert international éminent, qui pourra aider les techniciens nationaux à étudier les problèmes du pays et à organiser les services nécessaires. Il est évident que ces services ne pourront, à la longue, être développés que par du personnel national ; toutefois, l'OMS peut attribuer des bourses d'études, et les experts-conseils à court terme envoyés dans les pays intéressés peuvent aider les autorités à choisir des candidats aptes à en bénéficier, ainsi qu'ils l'ont fait en 1953 au Guatemala, au Japon, au Liban, au Soudan et en Syrie. Il convient de noter que la durée d'une bourse destinée à la formation post-universitaire en psychiatrie, ou dans une discipline apparentée, est souvent très sous-estimée.

Une assistance de cette nature ne profite toutefois qu'à un seul pays. Aussi, a-t-on eu, en 1953, plus largement recours à des activités inter-pays, sous forme de colloques sur des questions de santé mentale dont tous les territoires d'une Région peuvent

retirer des avantages. Un colloque sur l'alcoolisme s'est tenu en Argentine pour les pays de l'Amérique du Sud ; un autre, sur les problèmes de santé mentale de l'enfance, a été organisé en Australie à l'intention des pays de la Région du Pacifique occidental ; le Gouvernement du Liban a accueilli sur son territoire un colloque de l'OMS sur le développement des services psychiatriques dans la Région de la Méditerranée orientale, et une réunion analogue s'est tenue aux Pays-Bas pour discuter des facteurs de santé mentale intéressant la santé publique. Le succès de ces colloques permet de penser que ce type d'activité convient particulièrement pour le programme de santé mentale de l'OMS. Les experts internationaux qui y participent apportent de nombreuses connaissances nouvelles prêtes à être mises en pratique ; la présence de techniciens des divers pays de la Région non seulement offre à des représentants nationaux, parfaitement informés des conditions particulières de la Région, la possibilité de discuter l'application de ces connaissances, mais les encourage également à appliquer, de retour chez eux, les connaissances et l'expérience acquises. On a pu ainsi constater les heureux effets que le colloque scandinave de psychiatrie infantile (dont il est question dans le Rapport annuel de 1952) a exercés ultérieurement sur un colloque national organisé en Norvège, au cours duquel les participants à la réunion de l'OMS ont pu faire connaître à des collègues de leur propre pays les résultats des travaux auxquels ils avaient été associés. De même, les experts qui ont assisté au colloque sud-américain sur l'alcoolisme se proposent d'entreprendre, selon un plan commun, des enquêtes sur l'alcoolisme dans leurs pays respectifs, afin d'entretenir l'intérêt suscité par cette réunion.

Si tout programme régional de santé mentale a principalement pour objet de diffuser les connaissances lorsqu'elles ont atteint l'état où elles peuvent trouver place dans un programme de santé publique, les travaux entrepris au Siège dans le domaine de la santé mentale visent surtout à développer les connaissances jusqu'au point où elles deviennent utilisables pour une administration sanitaire nationale. Plusieurs rapports publiés en 1953 mettent en lumière ce rôle de l'Organisation. Le rapport de la réunion mixte ONU/OMS d'experts des problèmes de santé mentale se rattachant à l'adoption[4] contient, par exemple, un exposé succinct sur cette question, à l'usage des administrateurs nationaux s'occupant de questions de législation ou de procédure relatives à l'adoption. Ce rapport pourrait être appelé à exercer, dans ce domaine particulier, une influence au moins égale à celle que la monographie *Soins maternels et santé mentale* a eue dans de nombreux pays sur l'organisation des soins généraux destinés à l'enfance et sur la législation applicable en la matière.

Sous le titre *L'hygiène mentale à l'école maternelle*, le rapport sur une réunion mixte d'experts de l'OMS et de l'UNESCO résume, à l'intention des personnes appelées à s'occuper des écoles maternelles, des maîtres et de leur formation professionnelle, les conclusions pratiques qui se dégagent sur ce point des connaissances les plus récentes de psychologie et de psychiatrie infantiles. Ce rapport a paru dans la série des publications de l'UNESCO sur les *Problèmes d'éducation*.

Le troisième rapport du Comité d'experts de la Santé mentale, qui a également paru durant l'année, est consacré à l'hôpital psychiatrique public.[5] Destiné aux administrations de la santé publique, ce rapport résume les vues formulées par un groupe d'experts internationaux, touchant le rôle, les fonctions et l'administration de l'hôpital psychiatrique public moderne, questions qui ont été fort négligées même dans certains des pays les plus évolués.

Pour certaines études, toutefois, il est plus indiqué de faire appel à un expert-conseil à court terme, hautement spécialisé, que de recourir à un comité d'experts. On peut citer, à titre d'exemple, une monographie publiée en 1953 sous le titre *Psychologie normale et pathologique de l'Africain*.[6] Outre qu'elle réunit une documentation considérable qui n'avait jamais fait l'objet jusqu'ici d'une étude d'ensemble, cette monographie soulève certaines questions propres à susciter de nouvelles recherches sur des problèmes d'une très grande portée. En effet, elle n'intéresse pas seulement le psychologue et le psychiatre ; elle peut être utile à tous ceux qui s'occupent de l'assistance technique à des régions insuffisamment développées. Une nouvelle étude, entreprise en 1952, visait à l'origine à coordonner certaines constatations récentes relatives au développement de l'enfant et aux troubles de sa croissance, tels que peuvent les faire apparaître l'analyse psychologique et les recherches électro-physiologiques ; élargie depuis lors, elle est devenue un exposé général des tendances qui se dessinent actuellement dans les recherches des différentes disciplines ayant trait au développement psycho-biologique de l'enfant.

Un questionnaire relatif aux lois et règlements régissant le traitement des troubles mentaux a été envoyé aux gouvernements des Etats Membres et a permis d'obtenir des informations sur les dispositions en vigueur dans ce domaine. Cette documentation fait actuellement l'objet d'une analyse critique qui permettra vraisemblablement de formuler certains principes généraux dont pourraient s'inspirer les nombreux gouvernements désireux de rajeunir une réglementation tombée en désuétude.

De nombreuses informations ont été recueillies également sur l'alcoolisme afin de faciliter l'élaboration d'une série d'études nationales sur ce problème. Des travaux préparatoires ont été effectués,

[4] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **70**

[5] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **73**

[6] Carothers, J. C. (1953). *Psychologie normale et pathologique de l'Africain*, Genève (Organisation Mondiale de la Santé : *Série de Monographies*, N° 17)

d'autre part, en vue d'une étude des troubles que les analyses psychologiques et électro-physiologiques permettent de déceler chez les enfants atteints de kwashiorkor, maladie qui provoque un retard marqué du développement psychique au cours d'une période critique de la croissance de l'enfant.

La conclusion qui se dégage de ces cinq années d'activité de l'OMS en matière de santé mentale est que les efforts entrepris dans ce domaine présentent les meilleures chances de succès lorsqu'ils contribuent à adapter les connaissances nouvelles aux besoins, aux conditions et aux possibilités des divers pays, et facilitent en même temps l'échange et la diffusion des informations en la matière. Les études faites au Siège, les réunions d'experts, les colloques régionaux et l'envoi d'experts-conseils chargés de collaborer avec les gouvernements à l'étude des problèmes que ceux-ci doivent résoudre, constituent les éléments essentiels d'un programme de cette nature.

Hygiène de la maternité et de l'enfance

La plupart des pays qui demandent l'aide de l'OMS pour les questions d'hygiène de la maternité et de l'enfance ont surtout besoin de conseils sur la façon d'améliorer leurs services existants. A cette fin, l'OMS a envoyé dans certains pays des experts-conseils, et les conseillers spéciaux affectés aux bureaux régionaux en ont visité beaucoup d'autres.

Les pays souffrent trop souvent d'une pénurie de personnel compétent et d'un manque de matériel indispensable. L'OMS s'est donc efforcée d'organiser dans les pays intéressés des programmes nationaux de formation professionnelle en matière d'hygiène de la maternité et de l'enfance, à l'intention des médecins, des infirmières, des sages-femmes et des autres techniciens de la protection maternelle et infantile au sein des collectivités. Des équipes internationales de médecins et d'infirmières ont collaboré dans vingt pays avec le personnel national dans des centres de démonstration. Le plus souvent le travail a été entrepris conjointement avec le FISE, qui a procuré du matériel et des fournitures, non seulement pour répondre aux besoins des centres principaux, mais aussi pour permettre l'extension des services par l'intermédiaire de centres subsidiaires, créés dans d'autres régions du pays à mesure qu'a progressé la formation du personnel nécessaire. C'est ainsi qu'au Pakistan, le Gouvernement a organisé, avec l'assistance internationale, quatre centres de formation professionnelle de ce genre, dont le premier en date, celui de Lahore, poursuit actuellement son activité sous la direction d'un personnel national, l'équipe de l'OMS ayant été rappelée après deux années et demie. Le centre de Lahore revêt un intérêt particulier car c'est là que l'on a, pour la première fois, entrepris un programme de formation d'infirmières visiteuses, exemple qui est actuellement suivi par les autres centres du pays. Ce type de formation vise à préparer, dans le plus court délai, un nombre suffisant d'agents sanitaires qui, bien que n'ayant pas une formation générale d'infirmières, sont cependant en mesure de donner les soins voulus avant, pendant et après l'accouchement, et de surveiller l'état de santé des mères et des enfants, ainsi que des autres membres de la famille.

L'OMS a insisté à maintes reprises sur la nécessité d'associer la protection sanitaire des mères et des enfants à l'action des services généraux de santé publique. Le besoin s'en fait tout particulièrement sentir dans les projets ayant trait à l'assainissement, à la lutte contre les maladies transmissibles, à l'amélioration de la nutrition et à l'éducation sanitaire, car tous ces facteurs influent beaucoup sur la mortalité et la morbidité infantiles. La coordination de ces projets avec ceux visant la protection maternelle et infantile a progressé durant l'année, notamment à l'occasion des travaux sanitaires en cours dans les régions rurales de Ceylan, du Salvador, de l'Inde, de Taïwan et de la Thaïlande.

Dans un grand nombre de pays, les services d'hygiène scolaire sont encore rudimentaires, et l'OMS a encouragé les administrations sanitaires nationales à les améliorer en collaboration avec les autorités responsables de l'enseignement. Le Comité d'experts des Services d'Hygiène scolaire, dans le rapport sur sa première session tenue en 1951,[7] a souligné que ces services doivent — pour répondre aux exigences d'un programme sanitaire judicieusement équilibré et pour avoir leur maximum d'efficacité — être combinés avec d'autres services tels que ceux qui s'occupent des enfants du premier âge et des enfants d'âge préscolaire ; leur action doit de plus être coordonnée avec celle des services de la santé publique et avec celle des praticiens de médecine générale et des hôpitaux.

De nombreux pays se proposent d'adopter des mesures en faveur des groupes d'enfants particulièrement vulnérables en raison de déficiences physiques ou mentales ou de difficultés d'ordre affectif. L'OMS a donné de temps à autre des directives et des conseils à ce sujet, soit par l'entremise d'experts envoyés individuellement en mission, soit sous forme de recommandations dans les rapports de comités d'experts tels que le Groupe d'experts sur la Prématurité,[8] le Comité mixte d'experts de l'Enfance physiquement diminuée [9] et la réunion mixte ONU/

[7] *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, **30**, **10**

[8] *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, **27**

[9] *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1952, **58**

OMS d'experts des problèmes de santé mentale se rattachant à l'adoption.[10] Un expert-conseil de l'OMS a visité en 1953 le Japon et les Philippines pour donner des avis sur les soins aux enfants prématurés, et une réunion d'experts a été convoquée conjointement par l'Organisation des Nations Unies, l'OMS, l'OIT et l'UNESCO pour discuter les problèmes se rapportant à l'enfance mentalement insuffisante.

Il apparaît indispensable et urgent d'améliorer l'enseignement de la pédiatrie donné aux médecins, aux infirmières, aux étudiants en médecine et aux élèves infirmières. L'OMS a, dans certains cas, recommandé aux gouvernements d'encourager la création de chaires de pédiatrie dans les écoles de médecine. Il faut en même temps instituer une collaboration étroite entre les centres d'enseignement de la pédiatrie et les services de santé publique dont relève la prophylaxie infantile. Ce n'est pas toujours une tâche aisée car les écoles de médecine dépendent souvent d'une autorité distincte des autorités sanitaires ; en outre, dans de nombreux pays, la liaison entre les services de médecine préventive et de médecine curative n'est pas encore réalisée. L'OMS s'efforce de développer cette coordination à l'occasion de projets de démonstration et de formation professionnelle, en encourageant les étudiants en médecine à visiter les centres de protection maternelle et infantile ou à y suivre des cours. D'autre part, l'OMS procède actuellement, en collaboration avec l'Association internationale de Pédiatrie, à une étude sur l'enseignement de la pédiatrie dans la plupart des pays d'Europe, et cette enquête pourrait être étendue par la suite à d'autres Régions.

Bien que l'enseignement de l'obstétrique ait été dans l'ensemble moins négligé que celui de la pédiatrie, la formation pratique des étudiants en médecine et des sages-femmes est surtout assurée dans les hôpitaux ; l'OMS encourage actuellement le développement de services d'accouchement à domicile et se préoccupe de la formation à donner au personnel à ce sujet.

La multiplicité et l'interdépendance des problèmes qui se posent dans le vaste domaine de la protection de l'enfance ont provoqué, dans certains pays, des chevauchements et des doubles emplois dans les services destinés aux enfants ; ailleurs, ces services accusent des insuffisances auxquelles il serait possible de remédier par une meilleure collaboration entre les autorités compétentes. Avec l'Organisation des Nations Unies et les autres institutions spécialisées représentées au sein du groupe de travail technique pour une action à long terme en faveur de l'enfance, l'OMS a participé en 1953 à une évaluation des services en question dans différents pays. Les résultats de cette étude permettront aux gouvernements intéressés de connaître exactement les ressources dont ils disposent et d'élaborer un plan judicieux d'organisation.

Soins infirmiers

L'organisation de bons services infirmiers à l'hôpital et à domicile pose un problème complexe que peu d'administrations sanitaires ont réussi à résoudre à leur satisfaction. Sa solution exige une nette compréhension des besoins locaux et l'emploi judicieux d'un personnel qualifié très varié.

L'OMS s'est donc fixé pour but d'aider les Etats Membres à déterminer leurs besoins et leurs ressources à cet égard et à former en nombre croissant des infirmières compétentes et capables de s'acquitter des tâches essentielles qui leur incombent. En 1953, elle a prêté assistance à six pays — Birmanie, Iran, Libye, Pakistan, Syrie et Thaïlande — pour leur permettre de créer ou de développer leurs services infirmiers au sein de leur administration nationale de santé publique et pour leur faciliter l'étude de leurs besoins immédiats et lointains.

L'organisation de services infirmiers complets implique l'existence d'un personnel divers et bien encadré. Chacun des gouvernements qui ont fait appel à l'OMS a souligné qu'il lui fallait créer ou renforcer sans délai au moins une école professionnelle, où un noyau d'infirmières recevraient une formation générale leur permettant de diriger par la suite du personnel auxiliaire. L'OMS aide ces gouvernements à instituer des écoles de ce genre et à préparer leurs élèves à assumer les fonctions de monitrices et de surveillantes du personnel auxiliaire.

Les progrès rapides de la médecine et des moyens dont on dispose pour prévenir les affections aussi bien mentales que physiques entraînent une réorientation des services de santé publique. Dans le monde entier, il est urgent de faire disparaître le décalage entre la recherche médicale et son application pratique. Infirmières et sages-femmes peuvent y contribuer fortement en leur qualité d'éducatrices sanitaires. Les multiples occasions qu'elles ont de nouer des contacts personnels fréquents et suivis avec la population, de même que la nature de leurs relations personnelles et professionnelles avec les enfants et les adultes, leur permettent de gagner la confiance des gens parmi lesquels elles travaillent et de comprendre les problèmes familiaux et sociaux.

Sur les 144 infirmières qu'emploie actuellement l'OMS dans le cadre de son programme d'aide aux Etats Membres, 54 sont attachées à des écoles d'infirmières et 90 à des centres de démonstration et de formation professionnelle. Le premier groupe se

---

[10] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **70**

compose d'équipes d'infirmières monitrices, qui comprennent toujours une personne spécialisée dans la formation des infirmières de la santé publique. Grâce à ces équipes, les écoles sont amenées à travailler en collaboration étroite avec les dispensaires et les centres sanitaires voisins et bénéficient souvent des ressources des centres de démonstration et de formation professionnelle qui reçoivent, comme elles, une aide internationale. Tel a été le cas, par exemple, en Afghanistan, en Birmanie, au Cambodge, à Costa Rica, en Malaisie, en Syrie et à Taïwan.

En matière de soins infirmiers, comme dans de nombreux autres domaines de la santé publique, les conférences — aussi bien nationales qu'internationales — se sont révélées un moyen efficace de diffuser les connaissances nouvelles et d'encourager les échanges de renseignements et les confrontations d'expériences. En 1953, l'OMS a collaboré à l'organisation de conférences sur les soins infirmiers dans trois Régions: Amériques, Europe et Afrique. A Rio de Janeiro, 272 infirmières appartenant à 16 pays de l'Amérique du Nord, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud se sont réunies pour discuter deux problèmes qui revêtent un intérêt capital pour ces Etats, à savoir la législation sur les soins infirmiers, et l'enseignement infirmier. L'enseignement infirmier a également été le thème d'une conférence qui s'est tenue en Suisse au mois d'octobre et qui a groupé des représentants de 21 pays européens. Ce groupe de 47 infirmières des services hospitaliers et des services de santé publique a surtout étudié les méthodes à appliquer pour coordonner leurs services respectifs, renforcer le travail d'équipe et assurer la formation du personnel infirmier. La conférence régionale africaine sur l'enseignement infirmier, qui s'est tenue à Kampala (Ouganda) en septembre et en octobre, a réuni des représentants de 20 Etats et territoires. En prévision de cette conférence, l'OMS avait rédigé un rapport d'après l'enquête faite par une consultante sur la formation des infirmières, des sages-femmes et du personnel auxiliaire de diverses catégories dans les services sanitaires de l'Afrique équatoriale. Grâce à ce rapport et aux renseignements supplémentaires fournis par les délégués, la conférence a pu examiner comment il conviendrait d'adapter les méthodes d'enseignement aux qualités et aptitudes spécifiques des élèves africains et les programmes d'études à leur degré de développement éducatif et culturel. C'est la première fois que des représentants d'un nombre aussi important de territoires ont eu la possibilité de se réunir en Afrique pour échanger des informations sur les problèmes infirmiers tels qu'ils se posent dans leurs territoires respectifs.

Ces conférences ont été organisées de façon que tous les délégués puissent y prendre une part aussi active que possible. Elles ne visaient pas à résoudre des problèmes d'intérêt exclusivement national; ceux-ci sont trop nombreux et, en raison des facteurs sociaux et culturels qu'ils font intervenir, demandent à être étudiés séparément. Le but des conférences de ce genre est au contraire de susciter chez les gouvernements le désir de prendre des mesures pour améliorer leurs services infirmiers.

Le manque de personnel enseignant qualifié est une des grandes difficultés auxquelles se heurtent les gouvernements dans leurs efforts pour développer et améliorer leurs écoles d'infirmières. L'Organisation a pris diverses initiatives en 1953 afin d'aider les pays à remédier à cette pénurie. Le programme de bourses d'études a été largement mis à contribution pour donner aux infirmières expérimentées la possibilité d'acquérir une formation de monitrices et d'administratrices. En Birmanie, dans l'Inde, en Malaisie, au Mexique, en Thaïlande et en Turquie, des cours de trois à douze mois ont été organisés à l'intention des infirmières locales, avec l'aide d'infirmières monitrices de l'OMS ; en Israël, une mission d'infirmières monitrices de l'OMS a donné un cours de six semaines à 137 infirmières spécialement désignées. D'autre part, la Faculté de Médecine de l'Université d'Alexandrie a établi, avec le concours de l'OMS, les plans d'une école régionale d'infirmières monitrices et administratrices, qui sera inaugurée en 1954 (voir chapitre 15).

L'organisation de cours pour infirmières et sages-femmes auxiliaires exige que les pays disposent de monitrices. L'OMS a donc entrepris de former du personnel enseignant dans certains pays où il fait encore défaut : Brunéi, Ceylan, Costa Rica, Pakistan, Paraguay, Pérou, Salvador, Taïwan et Thaïlande.

Les équipes de l'OMS affectées aux centres de démonstration et de formation professionnelle en matière de protection maternelle et infantile et de lutte antituberculeuse et antivénérienne ont formé, « sur les lieux », du personnel infirmier local pour ces centres. L'avenir de ces auxiliaires dépendra des possibilités que l'on aura de les utiliser et de les encadrer. Des difficultés risquent de surgir si l'on ne prend soin d'intégrer, comme on l'a fait en Birmanie et en Thaïlande, la formation de ce personnel dans les programmes de développement des services infirmiers et des services d'obstétrique.

L'OMS a abordé un domaine non encore défriché en étudiant les législations modernes sur les soins infirmiers et en aidant les administrations sanitaires à élaborer des lois appropriées. Comme on l'a dit plus haut, la conférence régionale sur les soins infirmiers de Rio de Janeiro a consacré une grande partie de son temps à l'étude de cette législation. Des conseils pour la rédaction de textes législatifs ont été donnés à des pays des Amériques et de la Méditerranée orientale. Comme suite à une recommandation formulée lors de sa deuxième session par le Comité d'experts des Soins infirmiers,[11] l'OMS a fait le point de la législation en vigueur dans 22 pays. Cette étude montre que le législateur a naturellement hésité à réserver l'exercice de la profession d'infirmière aux seules infirmières légalement qualifiées

[11] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **49**, 24

avant que les fonctions de ce personnel aient été nettement définies et que ses effectifs soient devenus suffisamment nombreux. Elle met en évidence l'interdépendance de la médecine et des services infirmiers et la tendance qu'ont les infirmières à assumer des fonctions nouvelles à mesure que progresse la science médicale. Néanmoins, les ministres de la santé publique ou des organismes spéciaux d'enregistrement des infirmières se sont vu habilités à approuver les écoles d'infirmières et leurs programmes, ainsi qu'à protéger légalement les titres des infirmières qui satisfont aux conditions prescrites pour l'entrée dans la profession. L'OMS a publié cette étude au cours de l'année,[12] et en a distribué des tirages à part aux administrateurs de services sanitaires et infirmiers qui en ont formulé la demande.

Aussi longtemps que les conceptions touchant les fonctions des infirmières n'auront pas été précisées, une réglementation trop rigide de la formation professionnelle de ce personnel risquerait d'être un obstacle au progrès (comme l'a souligné la conférence sur l'enseignement infirmier de 1952).[13] La législation récente de certains pays laisse une grande latitude aux organisateurs des programmes d'études.

L'étude des fonctions de l'« assistante sociale » en France et de la « health visitor » en Angleterre (voir les deux derniers Rapports annuels [14]) a été terminée au cours de l'année. Le décès regretté, survenu en septembre, du Dr René Sand, qui dirigeait l'étude pour le compte de l'OMS, retardera inévitablement la rédaction du rapport, mais celui-ci paraîtra sans doute en 1954.

Il est manifestement nécessaire de poursuivre les travaux visant à définir les attributions du personnel infirmier, et le Conseil international des Infirmières a récemment décidé de convoquer une conférence de travail internationale qui se préoccupera tout particulièrement de cette question.

Tout au long de l'année, l'Organisation a continué à collaborer étroitement avec le Conseil international des Infirmières et avec la Fondation internationale Florence Nightingale, fondation dépendant du Conseil et spécialisée dans les activités de longue haleine sur le plan de l'enseignement. A la demande de l'OMS, qui lui a accordé une subvention à cet effet, le Conseil a procédé en 1953 à une analyse des programmes d'études de perfectionnement, et une liste internationale des programmes de perfectionnement de 127 établissements d'enseignement a été dressée aux fins de publication. Les principes dont on s'est inspiré pour effectuer cette analyse dans cinq écoles — dans des régions différant par leur situation géographique et leur type de civilisation — ont été résumés dans un rapport, avec des exemples illustrant la méthode utilisée ; ce rapport sera lui aussi publié. Le Conseil a d'autre part travaillé utilement à développer la protection sociale des infirmières et à définir des normes acceptables pour diverses catégories de services infirmiers.

Hygiène sociale et médecine du travail

L'industrialisation rapide de nombreux pays insuffisamment développés, souvent provoquée par l'exécution de divers plans internationaux d'assistance technique en vue du développement économique, a posé de nombreux problèmes touchant la santé des travailleurs ; de ce fait, la protection de la santé considérée comme facteur d'efficience a pris une place importante dans l'élaboration des programmes de mise en valeur industrielle. C'est pourquoi le Conseil Exécutif, à sa douzième session (résolution EB12.R23), a prié le Directeur général d'examiner, de concert avec l'OIT, les moyens propres à renforcer l'action menée sur le plan de la médecine du travail. A la fin de l'année, une étude sur la question avait été préparée et devait être soumise au Conseil lors de sa treizième session.

Le deuxième rapport du Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail a été présenté au Conseil Exécutif de l'OMS ainsi qu'au Conseil d'administration du BIT et a été publié.[15] Il renferme en particulier des recommandations visant les mesures à prendre sur les lieux de travail pour protéger et améliorer la santé des travailleurs. Ces mesures ont trait à l'alimentation, à la lutte contre les maladies transmissibles, à l'assainissement, à la santé mentale, à l'éducation sanitaire et à la protection maternelle et infantile.

L'OMS a aidé l'Egypte, la Finlande, l'Iran, la Turquie et la Yougoslavie à évaluer l'importance de leurs problèmes sanitaires et à organiser des programmes à la mesure de ces problèmes. Les difficultés financières de 1953 ont entraîné une réduction considérable des plans établis pour aider ces pays à poursuivre les enquêtes industrielles effectuées en 1952. Divers projets ont dû être complètement abandonnés, d'autres n'ont pu être réalisés qu'en partie. C'est ainsi que, pour le programme de médecine du travail concernant l'Egypte, il a seulement été possible d'attribuer trois bourses d'études.

---

[12] *Rec. int. Législ. sanit.* 1953, **4**, 485

[13] *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1953, **60**, 16

[14] *Actes off. Org. mond. Santé*, **38**, 22 ; **45**, 28

[15] *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1953, **66**

Un colloque européen sur la médecine du travail, analogue à celui qui avait eu lieu à Leyde en 1952, s'est tenu à Milan en septembre (voir également page 95). Ces colloques contribuent efficacement à stimuler l'intérêt des spécialistes en leur permettant d'échanger des renseignements et de confronter leurs expériences ; il y aurait avantage à organiser des colloques de ce genre dans d'autres Régions.

Une collaboration étroite a été maintenue avec l'OIT pendant toute l'année. En vue d'améliorer les méthodes de sélection des travailleurs migrants, l'OMS a préparé, en collaboration avec l'OIT, un projet de rapport sur les critères médicaux applicables à la sélection des migrants destinés à un travail normal ou à un travail de force, ou en quête d'un emploi nécessitant des aptitudes physiques spéciales. En décembre, les deux organisations ont convoqué une réunion d'experts qui ont été chargés d'établir le texte définitif du rapport à soumettre à leurs organes directeurs. La deuxième session du Comité mixte OIT/OMS de l'Hygiène des Gens de Mer devait se tenir en 1953 mais, sur la demande de l'OIT, elle a été renvoyée à 1954.

L'OMS a continué de collaborer avec l'Organisation des Nations Unies et d'autres institutions spécialisées dans les questions de réadaptation médicale. Elle a participé à la quatrième session du groupe de travail technique spécial pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées, créé par le Comité administratif de Coordination.

L'exécution de projets de réadaptation médicale s'est poursuivie dans l'Inde, au Japon, en Grèce et en Yougoslavie. Ces deux derniers projets bénéficient de l'aide du FISE, qui a également procuré des fournitures et du matériel pour le projet de réadaptation des enfants physiquement diminués entrepris en Israël.

Il ressort d'une étude préliminaire effectuée par un consultant de l'OMS sur la coordination internationale de la production, de la pose et de l'emploi des appareils de prothèse, que l'absence de normes afférentes à la fabrication des membres artificiels est extrêmement gênante et que la demande actuelle est loin d'être satisfaite dans de nombreux pays. L'OMS prépare pour 1954 la réunion d'un groupe d'experts qui sera chargé d'étudier, du point de vue international, le problème des appareils de prothèse. Elle a consulté, d'autre part, à ce sujet, la Société internationale pour la Protection des Invalides.

Les progrès enregistrés dans la lutte contre la plupart des principales maladies transmissibles aiguës et l'augmentation de l'espérance moyenne de vie ont accru l'importance relative d'un grand nombre de maladies chroniques. Il faut mentionner tout spécialement parmi elles les maladies rhumatismales chroniques à cause de leurs effets invalidants, des souffrances prolongées qu'elles infligent et des graves répercussions sociales et économiques qu'elles entraînent.

L'OMS a entrepris des études sur ces maladies et a été considérablement aidée par la Ligue internationale contre le Rhumatisme. Le Comité d'experts des Maladies rhumatismales, réuni pour la première fois à la fin du mois d'août, a passé en revue les maladies rhumatismales chroniques, tant articulaires que non articulaires. Ses débats ont porté sur les points suivants : nomenclature et classification, incidence et fréquence, prévention et traitement. Le comité a abouti à la conclusion que, faute de connaissances précises sur l'étiologie et la pathogénie de ce groupe de maladies, il n'était pas encore possible de préconiser des mesures précises pour la prophylaxie et le traitement. Il a recommandé de poursuivre les recherches de base.

Plusieurs pays ont demandé l'aide de l'OMS pour des questions de soins médicaux et d'administration hospitalière, mais le seul projet de ce genre dont l'exécution ait été commencée pendant l'année, au moyen des fonds de l'assistance technique, est celui qui se rapporte à la construction d'hôpitaux et à l'administration hospitalière en Turquie. Le projet de réorganisation de l'administration des stocks de fournitures médicales à Ceylan s'est poursuivi conformément aux plans établis. Au Pérou, le programme d'assistance aux services d'archives médicales (exposé en détail au chapitre 12 du Rapport annuel de 1952) a été mené à terme. Dans une étude sur les hôpitaux ruraux considérés comme des centres de santé pour les populations rurales, un expert-conseil de l'OMS s'est attaché à déterminer quels sont les services médicaux dont le besoin se fait sentir dans les régions rurales, notamment dans les pays insuffisamment développés, et à examiner comment on pourrait les améliorer ou en créer lorsqu'il n'en existe pas encore. Cette étude est publiée sous forme de monographie.[16] En mai, l'OMS a été représentée au VIIIe Congrès international des Hôpitaux, à Londres, dont le thème central a été la médecine préventive considérée comme une des fonctions importantes de l'hôpital, et ses implications. Pendant de longues années à venir, de nombreux pays consacreront d'importantes sommes à la construction d'hôpitaux de divers types : les besoins dans ce domaine sont énormes et le nombre des lits est tout à fait insuffisant. L'exploitation de ces hôpitaux sera plus efficace et économique si les plans initiaux ont été minutieusement établis. L'OMS peut aider les pays dans l'élaboration de ces plans.

En liaison avec l'action menée par les Nations Unies pour la prévention des accidents de la circulation routière, l'OMS a entrepris de rédiger, à l'intention des médecins, un manuel sur l'examen médical des candidats au permis de conduire.

---

[16] Bridgman, R. F. (1954) *L'Hôpital rural — Sa structure et son organisation*, Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies*, N° 21) (édition anglaise en préparation)

Hygiène dentaire

L'OMS s'est adjoint pendant cinq mois, au début de 1953, un stomatologiste qu'elle a chargé de procéder à des études sur les services dentaires destinés aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux enfants, qui sont particulièrement sujets aux caries dentaires et qui ont besoin, en conséquence, de soins spéciaux. L'expert-conseil a procédé à une étude approfondie sur l'emploi des fluorures pour la prévention des caries dentaires. A cet effet, il s'est rendu aux Etats-Unis d'Amérique et dans plusieurs pays d'Europe pour y recueillir des renseignements sur l'adjonction de fluor à l'eau et sur les autres moyens d'utiliser cet halogène pour prévenir les caries. Le rapport en question doit paraître au début de 1954.

L'expert-conseil a également participé à l'organisation d'un colloque sur l'hygiène dentaire qui aura lieu en Nouvelle-Zélande au mois de mars 1954 et qui durera deux semaines. Tous les Etats Membres des Régions du Pacifique occidental, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont été invités à s'y faire représenter et 30 bourses seront attribuées à des participants. Les débats seront dirigés par quatre consultants spécialisés dans l'hygiène dentaire.

Education sanitaire de la population

Il convient de signaler, en fait de réalisations qui ont marqué l'année 1953 dans le domaine de l'éducation sanitaire de la population, les deux premières conférences régionales organisées par l'OMS sur cette question en Europe et dans les Amériques. L'OMS avait fait appel au concours d'experts-conseils à court terme pour la préparation, l'organisation et la conduite de chacune de ces conférences.

La conférence européenne s'est tenue à Londres en avril. Dix-huit pays étaient représentés par des spécialistes éminents de l'administration des services médicaux, des soins infirmiers, de l'éducation sanitaire, de l'éducation générale et des sciences sociales. Des représentants d'organisations sanitaires bénévoles y ont également assisté. Cette conférence se proposait essentiellement de ménager à des administrateurs des services médicaux et à des personnes se consacrant activement à l'éducation sanitaire la possibilité de se réunir, de procéder à un échange de vues et à une confrontation d'expériences, de dégager quelques-uns des principaux éléments d'un programme d'éducation sanitaire de la population et d'aider au développement de l'éducation sanitaire dans les pays de la Région. Comme les réunions nationales qui avaient eu lieu, en 1950 et en 1952, aux Pays-Bas, elle a déjà suscité diverses initiatives dans les pays qui avaient envoyé des représentants.

La conférence des Amériques, à laquelle ont participé les délégués de onze pays, s'est réunie à Mexico en septembre. De nombreuses disciplines y étaient représentées : administration de la santé publique, éducation sanitaire de la population, soins infirmiers, assainissement, ethnologie, éducation générale, psychologie et enseignement agricole.

Ces deux conférences ont eu ceci de particulier qu'une grande importance a été attachée, dans leur préparation, aux consultations avec les autorités sanitaires, les spécialistes de la santé publique et d'autres organismes ou personnes intéressées des pays participants. On a, d'autre part, pris soin tout spécialement de mettre au point diverses méthodes qui devaient faciliter, au cours de la conférence, les échanges de vues ou d'informations et les confrontations d'expérience. A en juger d'après les réactions qu'ils ont suscitées et d'après l'impulsion ainsi donnée dans les pays participants, ces conférences et ces colloques inter-pays semblent devoir présenter une utilité considérable pour l'action future de l'OMS en matière d'éducation sanitaire de la population.

Dans bien des pays, l'un des besoins primordiaux est l'organisation de cours sur les méthodes d'éducation sanitaire à l'intention de nombreuses catégories du personnel des services de santé publique et d'assistance sociale, des maîtres de l'enseignement et des personnes qui s'occupent de l'éducation des adultes et de l'enseignement agricole. Conscients de cette nécessité, les administrations sanitaires de quelques pays envisagent, en collaboration avec le corps enseignant des instituts et des écoles de santé publique, de faire figurer des cours de ce genre dans les programmes ordinaires d'études des médecins, des infirmières, des spécialistes de l'assainissement et de l'éducation sanitaire et des diverses catégories de personnes qui se consacrent à l'enseignement et à la formation professionnelle. Pendant toute l'année 1953, l'OMS a continué d'affecter à l'Université de Malaisie, à Singapour, un chargé de cours qui devait aider à organiser des cours de formation en matière d'éducation sanitaire. A cette même fin elle a fourni des consultants à l'Ecole de Santé publique d'Ankara, en Turquie.

Les deux conférences régionales mentionnées plus haut ont mis l'accent sur le rôle déterminant que peuvent jouer les instituteurs et les autorités scolaires en inculquant de bonnes habitudes d'hygiène aux écoliers, aux parents et à des groupes de villa-

geois. Dans le cadre d'initiatives nationales, ou sous l'impulsion des campagnes de démonstration et des conférences auxquelles l'OMS a participé, des instituteurs ont été initiés aux problèmes sanitaires et à l'éducation sanitaire. Dans cet ordre d'activité, l'Organisation a chargé des experts-conseils de prêter leur collaboration aux autorités nationales de Ceylan, du Honduras, de Sarawak et de Singapour.

A sa première session, tenue à Paris en décembre, le Comité d'experts de l'Education sanitaire de la Population a étudié la question de la formation professionnelle, non seulement du personnel des services de santé, mais également de celui des services apparentés. Le rapport sur cette session formule des principes fondamentaux relatifs à la manière d'apprendre, au rôle de l'éducateur dans les programmes d'éducation sanitaire, à l'organisation de l'éducation sanitaire considérée en tant que partie intégrante des services de santé publique, à la formation du personnel et à l'évaluation des programmes.

En participant à l'œuvre d'éducation de base que certains Etats Membres ont entreprise avec l'aide de l'UNESCO, l'Organisation a pu initier diverses catégories d'étudiants à la théorie et à la pratique des méthodes et des techniques de l'éducation sanitaire. Les étudiants qui ont pris part au projet d'éducation de base se composaient, en majeure partie, d'instituteurs, d'administrateurs des services scolaires et de spécialistes de l'éducation des adultes, mais ils comprenaient aussi des infirmières, des inspecteurs sanitaires et des spécialistes de la mise en valeur des régions rurales. L'Organisation a continué à collaborer aux programmes de formation en matière d'éducation de base entrepris au Mexique et à Ceylan. D'autre part, elle a affecté en 1953 un administrateur de la santé publique et un spécialiste de l'éducation sanitaire au Centre d'éducation de base pour les Etats arabes, en Egypte.

L'OMS, secondée par des experts-conseils à court terme, a aidé certains de ses Etats Membres à établir des plans pour la préparation et la production de matériel d'illustration et de moyens audio-visuels d'enseignement, ainsi que pour leur emploi dans les programmes d'éducation qui s'adressent au grand public. Dans ces pays, en raison des différences de langue, de civilisation et d'instruction, les moyens visuels de propagande importés (par exemple les films) constituent généralement un procédé d'éducation sanitaire peu efficace et, par surcroît, d'un coût élevé. C'est pourquoi l'Organisation a encouragé la production sur place d'un matériel d'enseignement peu onéreux. En août et en septembre, l'Organisation a participé, en Sicile, à un colloque international qui s'est tenu sous les auspices de l'UNESCO pour étudier la question de l'utilisation des moyens visuels dans les programmes d'éducation de base. Ce colloque a examiné diverses méthodes de production d'un matériel approprié.

Au début de l'année, l'OMS a aidé la Commission intérimaire de l'Union internationale pour l'Education sanitaire populaire à organiser la deuxième conférence internationale sur l'éducation sanitaire. Au cours de cette réunion, qui s'est tenue à Paris et à laquelle ont participé environ 200 représentants de pays de l'Europe, de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique du Nord et de l'Amérique du Sud, l'Union a été constituée en tant qu'organisation internationale non gouvernementale.

L'OMS a de nouveau fourni les services de trois ethnologues expérimentés, qui ont aidé les administrations sanitaires de deux Régions à étudier les caractéristiques culturelles de groupes déterminés de la population et, sur la base de ces constatations, à organiser et administrer les services de santé, à former du personnel sanitaire et à définir les principes directeurs d'une action de propagande sanitaire auprès des familles et des groupes de villageois.

Certaines administrations sont de plus en plus conscientes de la nécessité d'organiser et de développer l'éducation sanitaire dans le cadre des programmes sanitaires destinés aux villages et autres collectivités locales. D'autre part, on se rend de mieux en mieux compte qu'il importe de consacrer beaucoup plus d'attention à la mise au point des méthodes et des moyens éducatifs les mieux adaptés aux préoccupations, aux problèmes, aux caractéristiques psychologiques ou culturelles de la population que l'on veut atteindre. L'OMS a chargé deux spécialistes de l'éducation sanitaire parlant l'arabe de collaborer à l'exécution des programmes de protection maternelle et infantile dans deux provinces de la Libye. Il s'agit d'une initiative qui permettra de déterminer dans quelle mesure des spécialistes de l'enseignement des sciences sociales et de la santé publique sont capables, en recourant à des méthodes éducatives, d'inciter les villageoises à accepter et à appliquer des règles simples d'art ménager, d'hygiène individuelle et d'hygiène familiale.

L'action sanitaire chez les réfugiés de Palestine [17]

Par sa résolution WHA6.25, la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé a prorogé jusqu'au 30 juin 1954 l'accord conclu avec l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWAPRNE).[18] L'Organisation a donc continué à élaborer et à diriger le programme sanitaire de l'Office, et à mettre à la disposition de celui-ci un médecin engagé à plein

[17] Les rapports annuels de la Division sanitaire de l'UNRWAPRNE, que l'on peut se procurer à son Bureau de Beyrouth (Liban), rendent compte en détail de l'activité de cet organisme sur le plan sanitaire.

[18] *Actes off. Org. mond. Santé*, **35**, 376

temps, un paludologue, un ingénieur sanitaire et des experts-conseils, ainsi que l'a déjà indiqué le Rapport annuel de 1952.[19] Une nouvelle subvention de $42.857 a été accordée à l'Office.

Les dépenses de l'UNRWAPRNE pour son programme sanitaire et pour l'entretien des camps de réfugiés se sont élevées, au cours des douze mois allant du 1er juillet 1952 au 30 juin 1953, à $3.294.000. Cette somme comprend les traitements, le coût des fournitures médicales, les subsides aux établissements médicaux et les dépenses de santé publique et d'assainissement. Une partie de ce total a servi à l'entretien et à l'amélioration des logements dans les camps.

La Division sanitaire de l'Office a employé environ 1.800 personnes, dont 18 fonctionnaires internationaux. En plus de l'aide accordée à l'Office par les gouvernements des pays d'accueil, diverses organisations bénévoles ont prêté leur concours pour la gestion d'hôpitaux, de polycliniques et de services de protection maternelle et infantile, et ont collaboré à la mise sur pied de différents programmes de formation de personnel.

L'état sanitaire général des réfugiés est demeuré satisfaisant en 1953. Il n'y a eu aucune épidémie grave, à l'exception d'une forte poussée de rougeole chez les enfants exposés par leur âge à cette maladie. Exception faite d'un cas isolé de typhus à poux, il n'a pas été signalé de maladies quarantenaires. On a enregistré 83 cas de fièvre récurrente à tiques, principalement en Jordanie et à Gaza, et 43 cas de poliomyélite (dont 40 au Liban, en Syrie et en Jordanie, et 3 dans le district de Gaza). La fréquence des fièvres typho-paratyphoïdes a diminué, de même que celle des cas déclarés de dysenterie ; les fièvres typho-paratyphoïdes ont été particulièrement rares chez les réfugiés qui sont hébergés dans les camps et qui avaient tous été vaccinés. Le nombre de cas de tuberculose enregistrés a été de moitié moindre que l'année précédente, grâce surtout au développement des services antituberculeux qui ont assuré un meilleur contrôle des malades et un diagnostic plus précis ; mais les moyens d'hospitalisation sont à la fois médiocres et insuffisants pour cette catégorie de malades. Le trachome demeure très répandu et la meilleure façon de le combattre consiste, semble-t-il, à élever le niveau de l'hygiène générale et à développer l'éducation sanitaire. On a constaté une baisse très forte du nombre de cas de syphilis diagnostiqués sérologiquement : cette baisse, qui équivaut à plus de 50% du taux de fréquence de l'année précédente, semble due à l'efficacité du contrôle exercé par les polycliniques et les dispensaires prénatals.

L'éducation sanitaire de la population s'est révélée d'une grande utilité pour la solution des problèmes sanitaires des réfugiés. L'exécution d'un programme patronné conjointement par l'UNWRAPRNE et l'OMS a débuté à la fin de l'année ; d'autre part, un éducateur sanitaire engagé par l'OMS a commencé un cours de formation professionnelle à l'intention d'étudiants choisis parmi les réfugiés. On pense que l'influence de ce programme sera grande sur tous les territoires occupés par les réfugiés.

Dans la prévention et l'élimination des maladies infectieuses, la vaste campagne de vaccination a joué un rôle important. Au cours d'une période de douze mois, on a procédé à quelque 261.200 vaccinations antivarioliques, 253.800 vaccinations TAB et à 269.300 vaccinations antidiphtériques.

On a continué à appliquer des mesures de précaution contre le paludisme dans le district de Gaza. En ce qui concerne les autres districts, les travaux ont continué dans les zones reconnues impaludées. Des pulvérisations de DDT à effet rémanent ont été pratiquées et se sont révélées très efficaces, sauf dans les villages du nord-est de la vallée du Jourdain, où il n'a pas été possible de protéger entièrement les habitants, car le vecteur local a tendance maintenant à éviter les surfaces traitées pour se réfugier de préférence durant les heures du jour dans les cavernes et les fissures naturelles des collines. Afin d'assurer une protection effective à cette zone, il a été nécessaire de s'attaquer aux larves, de drainer les terrains marécageux et de procéder à des pulvérisations supplémentaires dans les villages situés à la périphérie. Ces diverses mesures ont été appliquées en liaison avec la campagne organisée par l'Agence du Yarmouk, qui se propose d'effectuer des travaux d'électrification et d'irrigation dans les vallées du Yarmouk et du Jourdain. La direction technique de l'action antipaludique est assurée par le paludologue de l'OMS, qui a choisi et formé un certain nombre d'assistants parmi les réfugiés. A la fin de 1953, l'Office a recruté un entomologiste, qui travaillera sous la direction du paludologue.

Il ressort des enquêtes effectuées que l'état de nutrition des réfugiés est demeuré sensiblement le même qu'en 1952. Le problème le plus important, selon les experts-conseils de la FAO et de l'OMS, est celui des nourrissons après sevrage, chez lesquels on observe souvent des symptômes de malnutrition consécutifs aux troubles gastro-intestinaux fréquents dans ce groupe d'âge. Des enquêtes sur l'économie alimentaire ont été achevées à la fin de l'année et des premiers travaux ont été entrepris en vue d'améliorer les rations alimentaires normales et les projets alimentaires spéciaux. Un nutritionniste a été attaché à la Division sanitaire pour assurer l'utilisation la plus judicieuse des aliments disponibles. Le nombre de personnes ayant droit à des rations supplémentaires a doublé et représente actuellement 6% du total des réfugiés enregistrés.

La formation d'un personnel paramédical parmi les réfugiés s'est poursuivie : ce personnel comprend des infirmières générales et des infirmières de la santé publique, des sages-femmes, des infirmières psychiatriques, des aides soignantes, des aides accoucheuses, des techniciens de laboratoire, des techniciens pour la lutte antipaludique, des techni-

[19] *Actes off. Org. mond. Santé*, **45**, 161

ciens de l'assainissement et des aides-pharmaciens. Les cours ont été organisés soit directement par l'UNRWAPRNE, soit conjointement par cet Office et d'autres organismes tels que des universités, des associations bénévoles et la Technical Cooperation Administration des Etats-Unis d'Amérique. En 1953, 147 réfugiés avaient reçu ou recevaient une formation paramédicale.

A l'heure actuelle, 81 dispensaires de l'Office desservent les réfugiés, soit 2 de plus qu'en 1952, et on compte 2.000 lits d'hôpitaux. La proportion est maintenant d'un lit pour 420, 477, 497 et 311 réfugiés respectivement au Liban, en Syrie, en Jordanie et dans le district de Gaza. Les services de laboratoire ont été suffisants ; ils sont assurés directement par l'UNRWAPRNE en Syrie et à Gaza, et par l'Université ou par le Gouvernement au Liban et en Jordanie.

Le Service des Camps et de l'Assainissement, créé par la Division sanitaire, est chargé de fournir des abris satisfaisants et d'assurer l'approvisionnement en eau et l'évacuation des matières usées dans des conditions hygiéniques. Sur une population de quelque 871.000 réfugiés, 242.000 vivent dans 58 camps, tandis que les autres ont été installés dans des villages ou des villes. Les conditions de logement se sont améliorées, en particulier à Gaza où de nombreux baraquements ont été construits. D'une façon générale, l'approvisionnement des camps en eau a été suffisant, bien que certains problèmes locaux se posent à cet égard. Il convient de signaler le remplacement progressif, en 1953, des latrines ordinaires par des fosses septiques.

Le soin de procurer les fournitures médicales nécessaires à l'Office a été transféré durant l'année de l'OMS au FISE.

CHAPITRE 4

ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Le Conseil Exécutif, lors de sa onzième session, tenue en janvier 1953, a consacré au programme d'enseignement et de formation professionnelle de l'Organisation [1] une étude spéciale dont les conclusions ont obtenu l'adhésion de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.[2] Cette étude ainsi que les débats du Conseil et de l'Assemblée de la Santé ont fourni des suggestions et des directives pour la mise en œuvre de ce programme dont les principaux objectifs sont les suivants : aider les gouvernements à former du personnel sanitaire pour les divers services de santé publique et pour l'enseignement ; aider les gouvernements à développer leurs établissements d'enseignement ; encourager les pays à confronter leurs expériences et stimuler l'intérêt à l'égard des méthodes modernes d'enseignement et de formation professionnelle.

L'activité de l'OMS dans ce domaine s'exerce sous trois formes principales — bourses d'études, assistance aux établissements d'enseignement et échange de renseignements scientifiques — qui constituent trois aspects différents d'un programme coordonné.

Le deuxième rapport du Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire,[3] qui a été publié au cours de l'année, fait ressortir la nécessité d'une réforme de l'enseignement médical, sujet actuellement débattu dans de nombreux pays.

Cette question a également été examinée lors de la première conférence mondiale sur l'enseignement médical, qui s'est réunie à Londres, en août, sous les auspices de l'Association médicale mondiale, avec l'appui et la participation de l'OMS. Des membres du personnel de l'OMS et des spécialistes inscrits à son Tableau d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire ont collaboré à l'établissement du programme de la conférence et ont pris part aux travaux.

L'OMS a continué d'organiser des conférences et des discussions pour l'étude des questions d'enseignement médical qui se posent sur les plans régional et national. Une conférence européenne sur l'enseignement post-universitaire de la médecine préventive et sociale a eu lieu à Göteborg en juillet. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, à l'occasion de la présence de missions d'enseignement médical de l'OMS auprès des universités de Madras et de Bombay (Inde) et de Djakarta (Indonésie), des discussions officieuses sur l'enseignement de la médecine ont été organisées ; elles ont suscité d'utiles échanges de vues et des confrontations d'expériences, et permis aux participants d'analyser les problèmes de formation professionnelle sous l'angle des besoins nationaux aussi bien que des tendances mondiales. Les résultats d'activités analogues organisées antérieurement dans d'autres pays donnent lieu d'espérer que ces discussions inciteront les gouvernements à élaborer une politique nationale en matière de formation professionnelle du personnel médical et auxiliaire et à préparer des plans à long terme. Il est question d'organiser en 1954, dans un des pays de l'Amérique du Sud, un colloque sur l'enseignement de la médecine préventive et de l'hygiène.

C'est par des méthodes analogues que l'OMS s'est efforcée de développer la formation professionnelle et technique dans le domaine de l'assainissement, des soins infirmiers, de l'éducation sanitaire de la population, de la statistique sanitaire et dans d'autres domaines encore : des colloques sur ces sujets ont été institués à l'échelon régional et national, avec l'aide d'équipes en mission et de consultants. La formation collective de personnel dans diverses questions de santé publique, qui est plus spécialisée, ayant été conçue pour répondre aux besoins particuliers de certains pays et de certaines Régions, est décrite en détail dans d'autres chapitres de ce Rapport. On trouvera à l'annexe 5 et au Tableau I, page 87, une liste des colloques et des cours de formation professionnelle internationaux organisés par l'OMS ou avec son aide.

Dans bien des pays où les ressources ne correspondent pas aux besoins, l'OMS a encouragé les établissements d'enseignement médical, les milieux médicaux et les administrations de la santé publique à unir leurs efforts pour élaborer et mettre en œuvre les programmes d'enseignement qui répondent le mieux aux conditions et aux ressources du pays intéressé.

Depuis sept ans déjà, l'OMS s'efforce d'introduire les méthodes, techniques et connaissances nouvelles dont disposent certains pays dans d'autres où ces ressources font défaut. Des bourses d'études permettent

---

[1] *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 131

[2] *Actes off. Org. mond. Santé*, **48**, 24 (WHA6.21)

[3] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **69**

aux élèves de se déplacer pour bénéficier de l'enseignement de tel ou tel maître et ainsi de s'instruire dans un milieu étranger, ou alors ce sont les maîtres eux-mêmes (consultants, missions) qui vont enseigner dans le pays même des élèves. Les deux systèmes ont leurs avantages et se complètent plutôt qu'ils ne s'opposent. Pour l'étudiant qui a fait des études avancées et qui est bien préparé, le voyage à l'étranger et la possibilité de profiter des avantages d'établissements d'enseignement et de recherche constituent une expérience à la fois stimulante et enrichissante. D'autre part, il y a un intérêt manifeste à ce que le maître acquière une connaissance directe des conditions dans lesquelles les nouvelles découvertes seront appliquées et puisse y adapter son enseignement. Il faut donc, pour assurer ces deux genres d'avantages, combiner judicieusement les deux méthodes.

L'OMS a prêté son aide, pour la création d'établissements d'enseignement supérieur, à certains pays où ces établissements faisaient défaut ou étaient insuffisants. Dans d'autres pays, notamment dans ceux où il n'existait pas d'école de médecine, de soins infirmiers ou de génie sanitaire, l'OMS a collaboré à l'établissement de plans à long terme visant à accroître l'effectif du personnel qualifié et elle a accordé des bourses pour des études de médecine et d'autres sujets connexes. En 1953, 51 bourses d'études de cette catégorie ont été attribuées à des étudiants d'Arabie Saoudite, de Bolivie, d'Ethiopie, du Laos, du Libéria et de Libye.

Le programme d'enseignement et de formation professionnelle de l'OMS se développe aussi bien sur le plan régional que sur le plan national. La nomination de conseillers en matière d'enseignement et de formation professionnelle dans trois bureaux régionaux (Asie du Sud-Est en 1952, Pacifique occidental en 1953 et Méditerranée orientale dans un proche avenir) ne manquera pas de contribuer à ce résultat dans les Régions où une action s'impose de toute urgence à cet égard.

Le programme de bourses d'études

Pour la première fois depuis sept ans, le nombre annuel des bourses d'études accordées par l'OMS n'a pas accusé d'augmentation. Ce nombre, modeste au début — 199 en 1947 [4] — s'est élevé à 1.147 en 1952,[5] mais est retombé à 894 en 1953.[6] Cet arrêt dans la progression est dû en 1953 en partie à des restrictions financières : elle provient également du fait qu'on ne compte plus désormais comme boursiers les participants aux conférences, colloques et autres réunions d'étude analogues (où il n'est pas établi de distinction entre maîtres et élèves). Cette catégorie représentait 287 personnes qu'il convient d'ajouter au nombre des boursiers de 1953, afin d'arriver à un total comparable avec celui du Rapport de 1952.[7] Cette modification influence non seulement le nombre total des bourses d'études indiqué dans les tableaux 1 à 4 de l'annexe 16, mais aussi les statistiques de répartition et de durée moyenne des bourses, qui ne sont donc pas tout à fait comparables avec celles des années précédentes.

L'application du programme des bourses a été totalement décentralisée. Vers la fin de l'année, deux des bureaux régionaux employaient, pour ce programme, un personnel médical spécial ; dans deux autres, cette tâche incombait au conseiller en matière d'enseignement et de formation professionnelle, et dans chacun des deux bureaux restants un assistant ou un commis, chargé spécialement des bourses, prêtait son concours au personnel médical. Le personnel du Siège, qui a été réduit de moitié, donne des avis pour le placement des boursiers devant faire des études hors de leur Région d'origine. Une liste des établissements d'enseignement a été préparée, en 1953, à l'intention des bureaux régionaux.

La *Chronique* de l'OMS a de nouveau publié, vu leur intérêt général, des extraits de certains rapports rédigés par des boursiers de l'OMS à la fin de leurs études. Tous les boursiers qui avaient collaboré à la *Chronique* pendant les années antérieures ont été invités à préparer, aux fins de publication éventuelle, un rapport succinct sur leur travail depuis l'achèvement de leurs études de boursiers. Le numéro de novembre de la *Chronique* contient, au sujet des bourses de l'OMS, un article qui, sous le titre « Problèmes posés par le programme de bourses », traite des trois conditions à remplir pour la réussite de ce programme, à savoir : choix judicieux des candidats, arrangements appropriés en vue de ses études et utilisation ultérieure des services du boursier. Un répertoire des anciens boursiers est en cours de préparation.

[4] *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 140
[5] *Actes off. Org. mond. Santé*, **45**, 37
[6] Voir annexe 16, tableaux 1 à 4.
[7] Dans les tableaux des années précédentes on a classé ces personnes sous la rubrique « formation collective », qui comprenait des bourses attribuées en général pour très peu de temps en vue d'études à l'intérieur d'une Région. Ces bourses étaient financées, dans la plupart des cas, au moyen des fonds du budget ordinaire et concernaient surtout des études dans des pays d'Europe.

Pour évaluer les résultats du programme de bourses l'OMS a entrepris une étude expérimentale préliminaire sur certaines des premières bourses attribuées. Elle a puisé des renseignements dans les demandes de bourse, dans les avis d'attribution, dans les rapports de fin d'études, dans les rapports ultérieurs des boursiers, ainsi que dans les rapports des gouvernements sur les services rendus par les anciens boursiers, adressés à l'OMS deux ans après le retour des intéressés. La mesure dans laquelle chaque boursier a contribué à renforcer les services de santé de son pays a été le principal critère appliqué pour déterminer si la bourse a été un succès ou un échec.

Il ressort de cette étude que, sur les 650 bourses attribuées entre 1947 et 1949, la carrière de l'ancien boursier a pu être suivie dans 325 cas ; les données recueillies sur 140 de ces cas ont permis de faire les constatations suivantes (les chiffres sont trop peu élevés pour permettre une répartition par Région ou pays).

Sur les 140 bourses de la période 1947-1949 qui ont été examinées, 9 sont considérées comme un « échec » et 131 comme une « réussite ».

Les échecs sont imputables aux raisons suivantes : un boursier n'a pas terminé ses études, cinq boursiers ne sont pas retournés dans leur pays à la fin de leurs études et, enfin, trois autres n'ont pas reçu d'emploi correspondant à leurs études.

Les titulaires des 131 bourses qui ont donné de bons résultats ont contribué de la manière suivante au renforcement des administrations sanitaires de leur pays : 52 ont assumé des responsabilités plus étendues qu'auparavant ; 21 ont assumé de nouvelles fonctions, pour lesquelles ils s'étaient préparés à l'étranger ; 95 ont fait profiter d'autres personnes des connaissances qu'ils ont acquises à l'étranger ; 84 ont pris part à l'élaboration de plans pour la formation systématique de personnel ; 69 ont introduit de nouvelles méthodes ; 15 ont créé de nouveaux services et 49 ont procédé à des recherches.

Sur ces 131 boursiers, 65 ont été considérés comme ayant incontestablement contribué à établir des relations internationales, pour les raisons suivantes : 58 ont eu des contacts avec des fonctionnaires, à l'étranger, ou avec d'autres boursiers ; et 7 ont été affectés à un service international à l'étranger.

Ces chiffres résultent non pas d'une enquête méthodique sur chaque cas particulier, mais de données recueillies par les voies administratives habituelles. Leur valeur dépend du degré d'intérêt manifesté par chaque boursier et de la qualité des rapports des administrations sanitaires, qui sont plus ou moins complets et exacts. Il faut également tenir compte du facteur personnel qui intervient dans les appréciations et, par ailleurs, on est toujours en droit de se demander si certains des résultats indiqués n'auraient pas pu être obtenus sans les bourses. Bien que la formule adoptée maintenant pour les rapports leur confère plus d'uniformité, les appréciations demeurent en partie subjectives. Toutefois, ces éléments subjectifs peuvent fournir désormais des données d'une plus grande valeur car leur interprétation s'appuie sur un fond solide d'expérience au sujet des divers aspects du programme de bourses.

On constatera qu'une forte proportion des boursiers ont formé du personnel après leurs études ; en fait, nombreux sont ceux qui continuent à rendre de tels services. Les chiffres cités ici sont impressionnants car, de toutes les formes d'activité énumérées plus haut, la formation d'autres personnes est celle qui peut être considérée comme la plus fructueuse puisqu'elle multiplie les avantages retirés de la bourse d'études.

Cette même enquête a permis de constater également qu'un grand nombre des contacts établis à l'étranger par les boursiers ont duré bien au delà de la période des études. Certains boursiers estiment que ces contacts leur permettent de se tenir au courant des progrès réalisés dans leur spécialité et aussi d'obtenir des avis sur les problèmes qui les préoccupent.

Il ne faut voir dans ce qui précède qu'une première tentative pour apprécier à leur juste valeur les résultats obtenus ; on espère trouver une méthode plus satisfaisante. Les institutions spécialisées des Nations Unies pourraient toutes contribuer à l'élaboration de cette méthode si l'on parvenait à établir, pour déterminer le succès d'une bourse, des critères susceptibles de rallier une large adhésion. En septembre, au cours d'une réunion du groupe de travail technique sur les bourses d'études, tenue à l'occasion de la 26e réunion du Bureau de l'Assistance technique, il a été décidé que toutes les institutions spécialisées utiliseraient les formules et feraient l'essai de la méthode d'appréciation employées par l'OMS.

Il est peut-être à propos de rappeler une déclaration faite par Chester I. Barnard, lorsqu'il assumait la présidence de la Fondation Rockefeller : « Les bourses d'études constituent des expériences non contrôlées, en ce sens que le résultat qui aurait pu être obtenu sans les bourses demeure inconnu. Etant donné que le but visé est, avant tout, de choisir, parmi les candidats, des sujets d'élite, on est fondé à supposer qu'un grand nombre de ces sujets auraient fait une brillante carrière, même sans l'aide d'une bourse. Il serait, par conséquent, tout à fait injustifié d'attribuer aux bourses elles-mêmes les éclatants succès des centaines de boursiers de la Fondation Rockefeller. Cependant, les boursiers eux-mêmes affirment qu'une bourse d'études judicieusement conçue et venant à un moment décisif du développement peut fortement contribuer au succès d'une carrière. » [8]

---

[8] The Rockefeller Foundation (1951) *Directory of fellowship awards*, 1917-1950, New York, p. xi

Echange d'informations scientifiques

Dans les efforts qu'elle a déployés au cours des quatre dernières années pour encourager l'échange d'informations scientifiques, l'OMS a eu principalement recours aux méthodes « directes », qui consistent à réunir des savants de divers pays pour leur fournir l'occasion d'échanger des vues sur d'importants problèmes d'actualité. Ces colloques, symposiums et missions médicales ont bénéficié d'une très grande faveur et ont été, par conséquent, très fréquemment utilisés. Dans les Amériques, dans la Méditerranée orientale, en Europe et dans l'Asie du Sud-Est, les activités de cet ordre constituent maintenant un élément important des programmes sanitaires. Ces divers projets ont pu être mis en œuvre grâce à une étroite collaboration entre les bureaux régionaux et le Siège, ce dernier agissant parfois pour le compte des bureaux régionaux et fournissant le personnel nécessaire. Comme pour beaucoup de programmes d'enseignement et de formation professionnelle, l'établissement des plans et leur exécution ont nécessité l'intervention d'un grand nombre de services du Siège et des bureaux régionaux.

Les congrès scientifiques internationaux — méthode la plus consacrée par l'usage pour l'échange direct d'informations scientifiques — commencent à se préoccuper des problèmes de l'enseignement post-universitaire et de l'enseignement universitaire lui-même. L'OMS n'assume, en principe, aucune responsabilité directe pour les congrès de cette nature, mais, par l'appui financier qu'elle accorde au Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS), elle contribue à coordonner ces congrès et à améliorer la technique des conférences. En 1953, le Conseil a pris une initiative utile : il a convoqué deux réunions au cours desquelles des organisateurs de congrès internationaux ont mis en commun leur expérience mutuelle et ont recherché ensemble les meilleurs moyens d'organiser les congrès et d'établir leurs programmes.

Il y a lieu de citer également une nouvelle forme d'échange qui, bien qu'à ses débuts, n'en est pas moins intéressante : elle a pour objet de permettre aux chercheurs dont les travaux portent sur diverses questions de santé publique de visiter leurs laboratoires respectifs et d'échanger leurs idées.

Le travail accompli par les missions médicales envoyées en 1953 dans l'Inde et en Indonésie (et qui sont également décrites dans la Partie II) est une démonstration pratique des principes préconisés par le Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire.[9] Ces missions étaient composées de spécialistes des sciences médicales fondamentales, des disciplines cliniques et des diverses questions de santé publique. Elles se sont efforcées de démontrer quel pourrait être l'apport de chaque spécialité dans les programmes d'études médicales universitaires et post-universitaires, de façon que la médecine préventive et l'hygiène publique occupent une place plus importante. Dans chaque centre, la mission termine normalement son activité par une conférence sur l'enseignement de la médecine, dont l'objet principal est de montrer comment les méthodes exposées peuvent le mieux être adaptées aux conditions locales. A la conférence de Madras, les représentants de dix-huit universités indiennes ont procédé à des échanges d'idées avec l'équipe des spécialistes et ont ainsi obtenu des renseignements sur les tendances qui se manifestent, en matière d'enseignement, dans chacun des sept pays auxquels appartenaient les membres de l'équipe. Le système des missions médicales pour les échanges d'informations est le fruit de plusieurs années d'expériences. L'accueil fait à ces missions dans les pays où elles se sont rendues a été des plus encourageants : des spécialistes de toutes les parties du territoire ont assisté aux conférences, aux démonstrations et aux colloques, et des fonctionnaires d'un rang élevé ont profité de la présence des missions pour discuter avec elles divers problèmes de santé publique. L'intérêt suscité dans l'opinion publique a été également considérable. Entre autres aspects satisfaisants de cette forme d'activité, il y a lieu de relever en particulier la collaboration étroite qui s'est établie entre les administrations sanitaires de tous les échelons et les facultés de médecine, qui ont participé activement aux travaux des équipes.

Le compte rendu des activités scientifiques des équipes est généralement publié en un volume distinct (p. ex. en Indonésie) par une institution gouvernementale ou une organisation professionnelle ; dans d'autres cas, il est imprimé dans les revues médicales du pays (p. ex. dans l'Inde). Les conférences faites par l'équipe qui s'est rendue en 1951 en Iran ont été publiées en 1953, en persan, par l'Université de Téhéran.

Un groupe de six professeurs d'ophtalmologie, appartenant à cinq pays différents, s'est rendu en Egypte en février, à l'occasion du congrès du jubilé de la Société égyptienne d'Ophtalmologie qui avait attiré au Caire la plupart des ophtalmologistes de la Région. Un colloque régional, d'une durée de deux semaines, sur les récents progrès de l'ophtalmologie, sujet d'un intérêt vital pour la Région de la Méditerranée orientale, a été organisé en même temps qu'une série de démonstrations. D'autre part, un groupe de conseillers pour l'enseignement et la formation professionnelle en matière

[9] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1950, **22** ; 1953, **69**

d'hygiène publique, composé de trois professeurs spécialisés, respectivement, dans l'administration de la santé publique, l'épidémiologie et l'assainissement, a également accompli une mission d'un mois en Egypte. Ces deux missions de consultants formaient le genre d'équipe que, dans son étude sur le programme d'enseignement et de formation professionnelle, le Conseil Exécutif désigne sous le nom d'« équipe spéciale de démonstration ». Leur travail correspond à la conception développée dans l'étude en question, selon laquelle le nombre des questions traitées par ces missions devrait être plus restreint.[10] De petits groupes de ce genre ont également été utilisés avec succès pour d'autres spécialités.

Conformément à une autre suggestion formulée dans l'étude du Conseil Exécutif, les rapports des équipes qui se sont rendues dans l'Inde et en Indonésie et ceux du groupe de conseillers en matière d'enseignement de la santé publique, envoyé en Egypte, ont été transmis aux gouvernements intéressés. Ces rapports contiennent des études d'ensemble sur l'organisation de l'enseignement de la médecine et de la santé publique dans les pays en question.

L'on peut mentionner comme exemple d'échanges d'informations scientifiques qui se poursuivent par des voies indirectes : 1) les échanges de matériel d'enseignement, notamment de films instructifs et documentaires, entre les établissements d'enseignement et de recherche — pour lesquels une aide internationale serait très profitable — et 2) les échanges de modèles ou de dessins d'instruments et d'appareils scientifiques ou de perfectionnements découverts par des chercheurs et des professeurs, notamment dans les cas où ces appareils ne sont employés que dans une seule institution ou dans un cercle très restreint. De modestes essais ont été entrepris par l'OMS pour développer cette dernière forme d'échanges.

Le Bureau régional des Amériques a créé un bureau d'informations sur l'enseignement médical, et il est possible que d'autres Régions suivent son exemple.

L'échange ou la diffusion des comptes rendus des débats de congrès médicaux et de sociétés scientifiques est un moyen classique d'échange d'informations scientifiques et il y aurait avantage à lui donner une plus grande extension. L'établissement par l'OMS d'une liste des sociétés scientifiques nationales est un premier pas sur cette voie.

Assistance aux établissements d'enseignement

En 1953, l'OMS a donné plus d'extension à son programme d'assistance aux établissements d'enseignement qui vise, d'une part, à leur fournir du personnel enseignant et, d'autre part, à leur envoyer du matériel et des fournitures d'enseignement. Des professeurs d'anatomie, de bactériologie, de pharmacologie, de pharmacie, de pathologie, de médecine préventive et de biostatistique ont été respectivement envoyés par l'Organisation dans les pays suivants : Afghanistan, Equateur, Inde, Indonésie, Pakistan, Paraguay et Malaisie (Singapour) et, dans chaque cas, du matériel d'enseignement a été fourni. Au cours de l'année, seize professeurs et un doyen ont été nommés par l'OMS auprès d'écoles de médecine et de santé publique : deux d'entre eux — le professeur de parasitologie envoyé en Egypte et le professeur d'hygiène affecté au Liban — ont achevé leur mission. Bien que le professeur nommé au Liban n'ait eu qu'un mandat d'une année, il a mené à bonne fin sa tâche, dont l'objet principal était d'aider à former un ressortissant du pays, qui devait lui succéder, et à créer un service de médecine préventive répondant aux conceptions modernes. En 1953 également, 51 instructeurs et monitrices, nommés par l'OMS, ont participé à dix-neuf programmes nationaux de formation professionnelle en matière de soins infirmiers.

Une autre forme d'assistance, qui consiste à donner des avis aux établissements d'enseignement sur divers aspects de la formation professionnelle, est en voie de développement. Le programme de l'OMS a fait une place importante à l'amélioration des programmes d'études, des méthodes d'enseignement, du niveau du personnel enseignant et des pratiques administratives de ces établissements, conformément aux suggestions contenues dans le deuxième rapport du Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire.[11]

La première conférence mondiale sur l'enseignement médical, dont il a déjà été question plus haut, a joué un rôle très utile en attirant l'attention des écoles de médecine de tous les pays sur certains des problèmes se rattachant aux quatre sujets discutés : le choix des étudiants en médecine, les buts et objectifs de l'enseignement de la médecine, les techniques et les méthodes de cet enseignement, la place que doit occuper la médecine préventive et sociale dans le programme d'études.

Les écoles de santé publique sont au premier rang des établissements que l'OMS se préoccupe d'améliorer. Plusieurs pays ont été encouragés à créer des écoles de ce genre pour permettre aux médecins des services de santé, aux infirmières de la santé publique, aux ingénieurs sanitaires et aux autres catégories de personnel sanitaire de perfectionner leur instruction. A cet effet, l'OMS a organisé en 1953 des échanges de personnel ensei-

[10] *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 145, 154

[11] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **69**

gnant et patronné l'institution de colloques et de cours dans l'Inde, au Japon, aux Philippines, à Singapour et dans les pays scandinaves. Le premier cours de santé publique pour les pays scandinaves, organisé avec l'aide de l'OMS à Göteborg en août et en septembre, était dû aux efforts combinés des pays scandinaves et de l'OMS pour mettre en commun les ressources disponibles dans cette partie de l'Europe en vue de l'organisation d'un enseignement post-universitaire moderne à l'intention du personnel de la santé publique. On espère organiser d'autres cours sur le même modèle.

L'OMS a préparé et transmis à l'UNESCO, à des fins de publication, une liste du matériel nécessaire, dans les écoles de médecine, pour l'enseignement de l'anatomie et de l'histologie, de la bactériologie, de la biochimie, de l'hygiène, de l'anatomie pathologique, de la physiologie et de la pharmacologie. Cette liste comprend, en outre, des descriptions d'appareils en vue d'aider les professeurs à compléter ou à renouveler le matériel de leur service d'enseignement, et indique approximativement les prix des différents articles afin de faciliter la tâche des établissements pour lesquels se posent des problèmes monétaires. Enfin, la liste en question fournit indirectement des renseignements concernant la nature et la teneur de l'enseignement donné sur ces sujets dans les diverses écoles de médecine. Pour la préparation de cette liste, l'Organisation s'est assuré le concours de 129 professeurs appartenant à 92 écoles de médecine.

L'OMS vient de publier un répertoire de 568 écoles de médecine existant dans le monde. Les renseignements ont été recueillis en collaboration avec l'Association internationale des Universités, qui a continué de travailler en liaison étroite avec l'OMS dans ce domaine. Afin de tenir à jour et de compléter, le cas échéant, les renseignements en question, des éditions revisées seront publiées de temps à autre. A cet effet, chaque institution inscrite a reçu, en même temps que le répertoire, un questionnaire spécial.

L'Organisation a également poursuivi son étude sur l'utilisation, les fonctions et attributions et la formation professionnelle du personnel sanitaire auxiliaire. Cette étude a permis de préciser les idées sur le rôle des auxiliaires dans les programmes des Nations Unies concernant l'aménagement des collectivités et l'on espère que ces travaux aboutiront à une publication d'ensemble sur la question. L'OMS a participé à une réunion régionale, convoquée à Beyrouth, en septembre, par les Nations Unies et portant sur la formation professionnelle des travailleurs sociaux auxiliaires et des travailleurs des centres sociaux de collectivités de la Région de la Méditerranée orientale. En outre, les projets à l'exécution desquels l'Organisation a participé dans plusieurs Régions ont été conçus de manière à accroître l'expérience acquise quant à la manière d'utiliser au mieux l'assistance internationale dans cet important domaine.

L'OMS a pris une part active à deux réunions spéciales sur l'aménagement des collectivités, convoquées à Genève, pendant l'été, par le Comité administratif de Coordination. Au cours de ces réunions, la portée et les objectifs des programmes en cours ont été définis, des renseignements ont été échangés sur les plans envisagés pour 1954 et 1955 et des définitions ont été adoptées pour les expressions « aménagement des collectivités », « travailleur social auxiliaire » et « travailleurs des centres sociaux de collectivités ». La pénurie de personnel qualifié capable d'assurer la formation du personnel sanitaire auxiliaire est l'une des principales difficultés auxquelles se sont heurtés de nombreux pays. Une étude de ce problème a abouti aux conclusions suivantes : 1) le personnel sanitaire auxiliaire doit avoir un statut bien défini, afin d'éviter toute confusion avec le personnel pleinement qualifié qui travaille dans le même domaine ; et 2) les auxiliaires doivent être formés pour des fonctions bien déterminées s'insérant dans un cadre administratif nettement délimité et leur nombre ne doit pas dépasser celui qui peut être absorbé dans les limites de ce cadre administratif ; ils doivent, en outre, être soumis à une surveillance exercée par un personnel pleinement qualifié. Le Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique qui, lors de sa deuxième session, tenue en septembre, a étudié le problème de l'administration sanitaire locale, a adopté des recommandations dans ce sens.

CHAPITRE 5

SERVICES D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE STATISTIQUES SANITAIRES

La première année d'application du Règlement sanitaire international

La préparation du Règlement sanitaire international et son entrée en vigueur ont été évoquées dans les deux derniers Rapports annuels.[1] Avec l'année 1953 a pris fin ce que l'on peut appeler la phase introductoire ; au cours de celle-ci la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé a examiné les refus et les réserves que les Etats Membres ont présentés au nom de leurs territoires d'outre-mer ou éloignés et terminé ainsi la procédure juridique relative à l'adoption du Règlement.

Bien que sept Etats Membres eussent informé le Directeur général qu'ils se réservaient le droit de présenter des refus ou des réserves de cette nature, seuls trois d'entre eux en ont effectivement formulés. Un groupe de travail, constitué par l'Assemblée de la Santé, a étudié les 26 réserves émanant de 19 territoires : 4 ont été considérées comme étant, en fait, des refus qui auront, il faut l'espérer, un caractère provisoire ; 14 ont été acceptées par l'Assemblée de la Santé avec ou sans modification ; 4 ont été repoussées ; dans quatre autres cas enfin, l'Assemblée a considéré qu'aucune réserve n'était nécessaire.

Les décisions prises par l'Assemblée de la Santé à ce sujet [2] ont été communiquées à tous les Etats Membres afin que les gouvernements intéressés puissent notifier au Directeur général leurs propres décisions en vertu de l'article 107 du Règlement.

Tous les Membres actifs de l'Organisation, à l'exception de six d'entre eux, sont actuellement parties au Règlement sanitaire international. La position de plusieurs territoires d'outre-mer ou éloignés à l'égard du Règlement doit encore être précisée. La carte 1 et le tableau qui l'accompagne (pages 44-45) permettent de se faire une idée générale de la position au 31 décembre 1953.

La première année de l'application quasi universelle du Règlement a pris fin le 1er octobre 1953. Cette période initiale n'aura pas été sans causer des difficultés aux administrations nationales, aux autorités locales, aux compagnies de transport et même aux voyageurs ; il a fallu réformer des règlements et des usages séculaires ; modifier, sinon supprimer entièrement, des mesures de sécurité jusqu'ici jugées nécessaires pour préserver un pays de l'introduction de maladies quarantenaires ; enfin, reviser la législation nationale de presque tous les pays.

Ces difficultés ont nécessité de nombreux échanges de correspondance entre les administrations et l'Organisation ; il convient de noter que, dans la quasi-totalité des cas, les conseils et avis de l'Organisation, comme les demandes qu'elle a adressées aux Etats Membres pour les amener à modifier certaines procédures ou certaines mesures, ont été reçus d'une manière qui montre clairement que des Etats du monde entier ont le désir et l'intention d'appliquer le Règlement sanitaire international dans un esprit de collaboration, de compréhension et de bienveillance réciproques.

Il n'a été nécessaire de saisir le Comité de la Quarantaine internationale d'aucun différend relatif à l'application du Règlement. S'il est vrai que, sur plusieurs points, le comité a été prié de donner une interprétation ou de formuler une recommandation, il n'a jamais été requis de faire fonction d'arbitre. Ainsi s'affirme l'esprit d'amicale collaboration qui était déjà discernable au cours de la phase introductoire du Règlement, ce qui permet de bien augurer de son avenir.

Plusieurs pays des Amériques ont estimé que les Etats parties au Code sanitaire panaméricain devaient entreprendre des démarches séparées en vue d'obtenir l'abrogation de celles des dispositions du Code qui se réfèrent au trafic international et à la quarantaine internationale. A cette fin, un protocole pour la signature a été établi à La Havane le 24 septembre 1952 ; l'entrée en vigueur effective du Règlement a été retardée dans certains pays de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud parce qu'il était nécessaire d'attendre la ratification de ce protocole. Il en est résulté quelques difficultés avec d'autres Etats parties au Règlement, notamment au sujet des patentes de santé.

Les questions susmentionnées, qui appelaient soit une interprétation du Règlement, soit une modification de texte, ont été examinées par le Comité de la Quarantaine internationale, qui a siégé à Genève du 19 octobre au 4 novembre. Le comité a pris connaissance du premier rapport du Directeur général sur l'application du Règlement et d'une série d'observations présentées par des Etats Membres sur les obstacles rencontrés à cet égard ; ces obser-

[1] *Actes off. Org. mond. Santé*, **38**, 41 ; **45**, 41

[2] *Actes off. Org. mond. Santé*, **48**, 33, 371

vations étaient accompagnées de demandes d'éclaircissement ou d'amendement. Le comité a bénéficié des avis techniques des Comités d'experts de la Peste, du Choléra et de la Fièvre jaune. Lors de sa deuxième session, qui s'est tenue à Kampala au mois de septembre, le Comité d'experts de la Fièvre jaune a délimité les zones d'endémicité amarile et les zones de réceptivité amarile. Les travaux du comité d'experts et l'enquête qui les a précédés sont exposés en détail au chapitre 1, page 14.

Le Comité de la Quarantaine internationale a approuvé la délimitation de la zone d'endémicité amarile en Afrique, proposée par le comité d'experts, sous réserve de l'accord des pays intéressés. Pour les Amériques, il a suggéré une délimitation provisoire fondée sur celle qui a été précédemment établie en vertu de la Convention sanitaire internationale de 1933-44 pour la Navigation aérienne ; il en a toutefois exclu les pays ou territoires qui ont été récemment purgés de l'*Aëdes aegypti.* Il appartiendra à la Septième Assemblée Mondiale de la Santé d'adopter ou de modifier ces propositions.

De surcroît, le Comité de la Quarantaine internationale a recommandé que la validité du certificat de vaccination antiamarile soit portée de six à neuf ans ; qu'aucun certificat de vaccination contre le choléra ne soit exigé pour les enfants de moins d'un an ; que, dans les notifications concernant la peste des rongeurs, une distinction soit faite entre la « peste des rongeurs sylvatiques », qui ne présente que peu de risques pour le trafic international, et la « peste des rongeurs domestiques ».

Enfin, le comité, tenant compte de l'efficacité accrue des insecticides à action rémanente, a décidé de ne pas proposer, pour le moment, de dispositions réglementaires additionnelles concernant la lutte contre les insectes vecteurs dans le trafic aérien international.

L'information épidémiologique, nécessité de la quarantaine internationale

Le succès du Règlement sanitaire international — comme de tout code pratique qui, en vue de combattre la maladie, restreint les droits souverains des Etats en matière de trafic international — dépend de la confiance mutuelle des Etats et de leur collaboration. Pour maintenir un tel esprit, il est indispensable que chaque pays soit informé de l'existence ou de l'absence de maladies transmissibles dangereuses dans d'autres contrées.

Dans ce domaine, l'Organisation peut apporter, et apporte effectivement, une importante contribution. Son service d'informations épidémiologiques est la condition essentielle de l'efficacité du Règlement sanitaire international.

Le système adopté par l'OMS pour recueillir et diffuser des renseignements sur les maladies transmissibles, aussi bien quarantenaires que non quarantenaires, a été décrit dans les Rapports annuels précédents ; il n'a pas été sensiblement modifié. Cependant, étant donné le rôle fondamental que joue l'information épidémiologique pour la santé internationale et dans les relations commerciales entre Etats, il est important d'examiner les principes sur lesquels se fonde le service des relevés épidémiologiques.

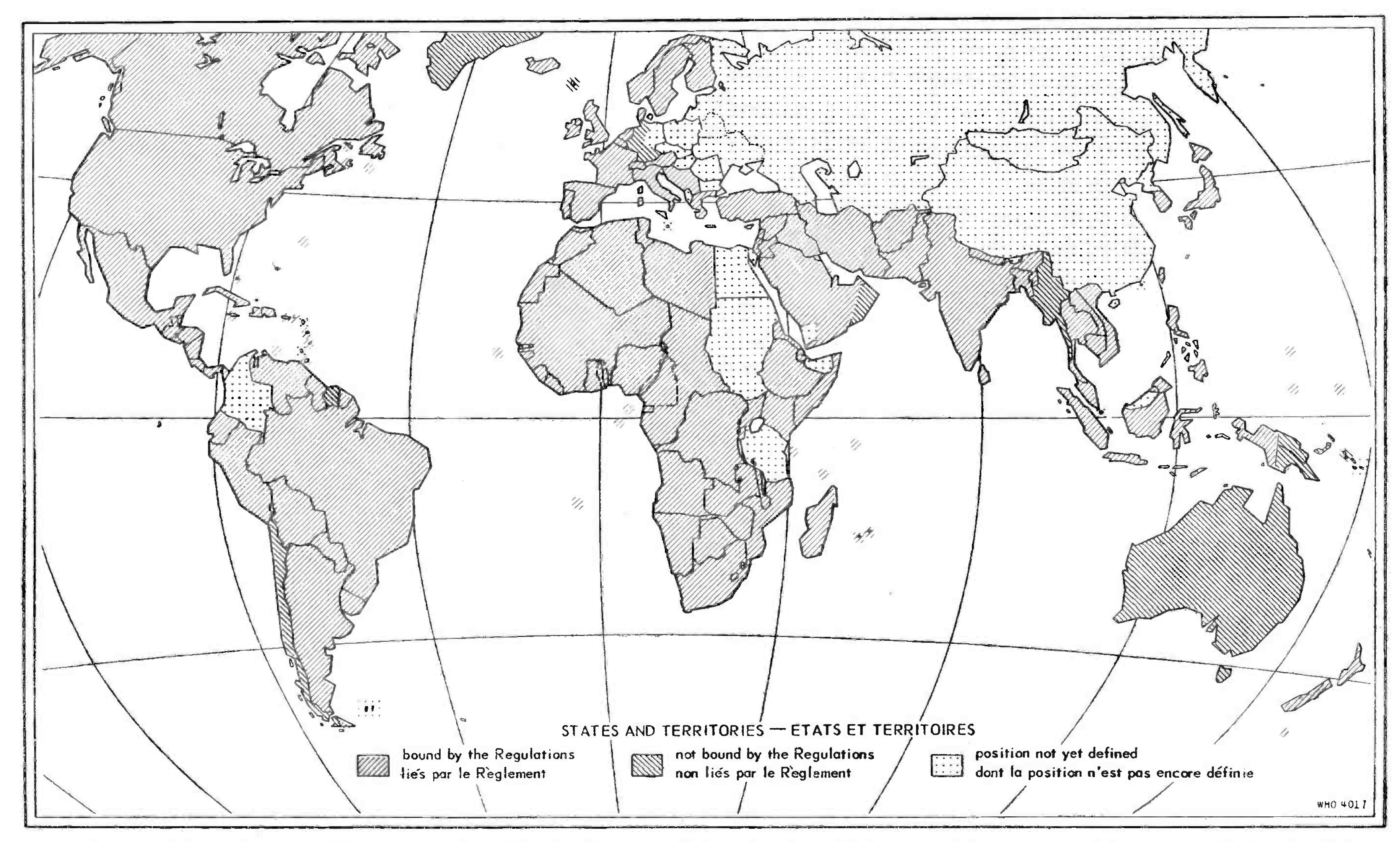
Dans un service des relevés épidémiologiques, trois éléments doivent être pris en considération : 1) les renseignements qui lui sont adressés ; 2) le dépouillement et l'étude de ces renseignements ; 3) leur transmission aux administrations sanitaires intéressées. Il est évident que l'Organisation peut diffuser seulement les informations qu'elle reçoit officiellement des administrations sanitaires. Elle ne saurait ajouter foi à des nouvelles de presse ou à des renseignements officieux, même si les journaux sont parfois les premiers à annoncer une épidémie d'importance internationale, parce que le gouvernement responsable ne fait pas diligence pour aviser l'OMS. Il est à tous égards souhaitable que l'Organisation en soit promptement informée par la voie officielle ; cela est même indispensable, si l'on veut éviter que le système international adopté ne prête à la critique.

Il est capital que les administrations nationales communiquent à l'OMS, le plus tôt possible et par les voies les plus rapides, toutes les informations qu'elles se sont engagées à lui transmettre, en vertu du Règlement sanitaire international, et tous autres renseignements qu'elles estiment importants pour le trafic international ou dans l'intérêt des autres administrations sanitaires.

Afin d'accélérer le dépouillement des informations et d'assurer la bonne exécution des tâches que le Règlement lui impose, l'OMS a, dès avant son entrée en vigueur, entièrement remis à l'étude l'organisation de ses services épidémiologiques et y a apporté certains changements. Les services épidémiologiques et statistiques ont été groupés en une seule division ; les anciennes sections de l'information épidémiologique et des statistiques de morbidité ont été amalgamées, les fonctions du service de surveillance des épidémies ont été confiées à la Section de la Quarantaine internationale, afin de centraliser toutes les informations épidémiologiques « urgentes », qu'il s'agisse de maladies quarantenaires ou non quarantenaires. Le fonctionnement de ces services est constamment soumis à un examen critique et il est immédiatement procédé à tous les aménagements et remaniements jugés souhaitables. C'est ainsi qu'une modification récente de l'horaire d'expédition des télégrammes échangés entre le Bureau du Siège et les stations épidémiologiques régionales a permis d'avancer de plusieurs jours la publication des informations

CARTE 1. RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Position des Etats et territoires au 31 décembre 1953



La carte ci-dessus donne une idée générale de la position des Etats et territoires vis-à-vis du Règlement sanitaire international à la date du 31 décembre 1953. On y trouvera la liste des Etats et des territoires liés par le Règlement — avec ou sans réserves —, de ceux qui ne le sont pas, et enfin de ceux dont la position n'est pas encore connue. Les territoires sont rangés sous le nom de l'Etat ou des Etats qui ont la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales.

LIÉS PAR LE RÈGLEMENT : SANS RÉSERVES

Etats Membres

Afghanistan
Argentine
Autriche
Belgique
Bolivie
Brésil
Cambodge
Canada
Chine
Corée
Costa Rica
Cuba
Danemark
Equateur
Espagne
Etats-Unis d'Amérique
Ethiopie
Finlande
France
Guatemala
Haïti
Honduras
Indonésie
Irak
Iran
Irlande
Islande
Israël
Italie
Japon
Jordanie (Royaume Hachimite de)
Laos
Liban
Libéria
Libye
Luxembourg
Mexique
Monaco
Népal
Nicaragua
Norvège
Nouvelle-Zélande
Panama
Paraguay
Pays-Bas
Pérou
Portugal
République Dominicaine
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Salvador
Suède
Suisse
Syrie
Thaïlande
Turquie
Uruguay
Venezuela
Viet-Nam
Yougoslavie

Territoires d'outre-mer ou éloignés

Belgique

Congo belge
Ruanda-Urundi

Espagne

Afrique-Occidentale espagnole
Guinée espagnole
Maroc (zone espagnole) [1]

Etats-Unis d'Amérique

Alaska
Guam
Hawaï
Iles du Pacifique (Carolines, Mariannes et Marshall)
Iles Vierges (Etats-Unis)
Panama (Zone du Canal)
Porto Rico
Samoa américain

France

Afrique-Equatoriale française
Afrique-Occidentale française
Cameroun français
Comores (îles)
Côte française des Somalis
Etablissements français de l'Inde
Etablissements français de l'Océanie
Madagascar et dépendances
Maroc (zone française) [1]
Nouvelle-Calédonie et dépendances
Saint-Pierre-et-Miquelon
Togo français
Tunisie [1]

Italie

Somalie

Nouvelle-Zélande

Territoires insulaires
Samoa occidental

Pays-Bas

Antilles néerlandaises
Nouvelle-Guinée néerlandaise

Portugal

Angola
Cap Vert (îles du)
Guinée portugaise
Inde portugaise
Macao
Mozambique
Saint-Thomas et Prince
Timor portugais

Royaume-Uni

Aden
Bahamas
Bahrein
Barbade
Basutoland
Bechuanaland
Bermudes
Cameroun britannique
Chypre
Côte de l'Or
Gibraltar
Guyane britannique
Honduras britannique
Iles du Vent (Grenade seulement)
Iles sous le Vent (Montserrat, Saint-Christophe-Nevis, îles Vierges)
Jamaïque
Katar
Kenya
Koweit
Malaisie (Fédération de)
Maurice (île)
Nigeria
Nord-Bornéo
Nyassaland
Oman sous régime de traité
Ouganda
Rhodésie du Nord
Rhodésie du Sud [1]
Sainte-Hélène
Seychelles (îles)
Sierra Leone
Swaziland
Togo britannique
Trinité
Zanzibar

France, Royaume-Uni

Nouvelles-Hébrides

Etat non membre

Cité du Vatican

LIÉS PAR LE RÈGLEMENT : AVEC RÉSERVES

Etats Membres

Arabie Saoudite (réserves aux articles 61, 63, 64, 69, A1, A6)
Ceylan (réserves aux articles 37, 68, 74, 76, 104 et à l'annexe 3)
Grèce (réserve à l'article 69)
Inde (réserves aux articles 42, 43, 70, 74, 100 et à l'appendice 3)
Pakistan (réserves aux articles 42, 43, 70, 74, 100 et à l'annexe 3)
Philippines (réserve à l'article 69)
Union Sud-Africaine (réserves aux articles 40, 42, 43, 76, 77)

Territoire extérieur

Union Sud-Africaine :

Sud-Ouest africain (réserves aux articles 40, 42, 43, 76, 77)

NON LIÉS PAR LE RÈGLEMENT

Etats Membres

Allemagne (République fédérale d') [2]
Australie
Birmanie
Chili

Territoires d'outre-mer ou éloignés

Australie

Tous les territoires

Danemark

Féroé (îles) *
Groenland *

Pays-Bas

Surinam *

Etats non membres

Liechtenstein
Mascate et Oman (Sultanat de)

POSITION NON ENCORE DÉFINIE

Etats Membres

Egypte *
Yémen [3]

Etats Membres inactifs

Albanie
Biélorussie, RSS de
Bulgarie
Hongrie
Pologne
Roumanie
Tchécoslovaquie
Ukraine, RSS d'
Union des Républiques Socialistes Soviétiques

Territoires d'outre-mer ou éloignés

Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni

Nauru (île)

Egypte, Royaume-Uni

Soudan

Royaume-Uni

Brunéi *
Falkland (îles) *
Fidji, y compris les Tonga (îles) *
Gambie *
Gilbert et Ellice (îles) *

Royaume-Uni (suite)

Hong-Kong *
Iles du vent (Dominique,* Sainte-Lucie,* Saint-Vincent *)
Iles sous le Vent (Antigua seulement) *
Malte *
Salomon britanniques (îles) *
Sarawak *
Singapour *
Somalie britannique *
Tanganyika *

Etats ou territoires non membres

Andorre
Colombie
Mongolie (République populaire de)
Saint-Marin
Tanger (Zone internationale)

---

[1] Membre associé

[2] La décision interviendra lorsque des mesures d'ordre constitutionnel auront été mises au point.

[3] A signé la Constitution de l'OMS le 20 novembre 1953.

* Les refus ou les réserves concernant les territoires dont le nom est marqué d'un astérisque ont été examinés par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Les gouvernements intéressés n'ont pas encore fait connaître leur position.

dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. Des études ont été entreprises et des mesures adoptées en vue de développer les services épidémiologiques et statistiques du Siège et des stations régionales et de les coordonner plus étroitement.

Aucun effort n'est épargné pour accélérer la diffusion des renseignements reçus. Les informations les plus importantes du point de vue du trafic international — celles qui concernent les ports et les aéroports — sont radiodiffusées par 15 stations, dont quatre émettent quotidiennement un bulletin épidémiologique, les autres le diffusant à intervalles réguliers durant toute la semaine. Ce bulletin est confirmé et complété par la publication hebdomadaire de bulletins épidémiologiques à Genève, Washington, Alexandrie et Singapour ; ces bulletins imprimés sont expédiés par avion aux administrations sanitaires. Le *Relevé épidémiologique hebdomaire*, expédié de Genève, contient des informations sur les maladies quarantenaires et les épidémies les plus importantes d'autres maladies telles que la grippe et la poliomyélite, et reproduit maintenant les notifications formelles adressées par les gouvernements aux termes du Règlement sanitaire international. Ce périodique peut être donc actuellement considéré comme le journal officiel mondial de la quarantaine.

Cependant, la diffusion rapide des informations épidémiologiques par les soins de l'OMS ne peut atteindre son but que si les administrations sanitaires se fondent sur ces renseignements pour adopter leurs mesures quarantenaires. Les mesures en question seront d'autant plus efficaces qu'elles seront imposées et rapportées plus rapidement ; il serait souvent possible d'y parvenir si les administrations nationales utilisaient plus largement les émissions épidémiologiques radiodiffusées quotidiennement par l'OMS. Ces émissions peuvent être captées dans toutes les parties du monde et leur transmission ne demande pas plus de temps qu'il ne s'en écoule entre la constatation de la maladie par l'autorité sanitaire locale et sa notification à l'OMS par l'administration sanitaire nationale. Un questionnaire sur l'utilisation effective du bulletin épidémiologique quotidien radiodiffusé par l'Organisation a permis de recueillir un certain nombre de réponses ; celles qui sont parvenues avant la fin de l'année montrent bien que le Règlement serait appliqué d'une manière plus efficace si ces bulletins radiodiffusés étaient plus largement utilisés. Ce mode de transmission rapide et relativement économique des informations épidémiologiques sera développé au maximum.

Le nouveau code télégraphique épidémiologique (CODEPID), dont il a été rendu compte dans les précédents Rapports annuels,[3] a été achevé dans le courant de l'année et distribué aux administrations sanitaires du monde entier. Il est destiné à garantir la transmission fidèle, sûre et économique des notifications officielles ; son emploi sera généralisé à dater du 1er janvier 1954. Un supplément cartographique détaillé est en préparation.

Durant l'année, l'OMS a continué de collaborer dans le domaine de la quarantaine et des problèmes connexes avec l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale, la Commission de Climatologie de l'Organisation Météorologique Mondiale, la Commission du Pacifique sud et le South Pacific Health Service.

Statistiques sanitaires

L'activité de l'OMS en matière de statistiques sanitaires peut être examinée sous trois chefs : la réunion et la publication des statistiques sanitaires et démographiques ainsi que des études internationales fondées sur elles ; l'action entreprise pour améliorer la qualité et la comparabilité internationale de ces statistiques et de ces études ; les conseils sur les méthodes statistiques donnés aussi bien aux administrations sanitaires nationales qu'aux services du Siège, des bureaux régionaux et des missions opérant sur le terrain.

Réunion et publication des statistiques sanitaires

Les *Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles* ont fait l'objet de deux publications en 1953 : l'une consacrée aux cas des maladies à déclaration obligatoire et aux décès consécutifs pendant la période 1947-1949, l'autre au mouvement de la population et aux causes de décès en 1950. Outre les tableaux habituels des déclarations de cas de maladies transmissibles et des taux de natalité et de mortalité, le *Rapport épidémiologique et démographique*, qui paraît chaque mois, a publié des études spéciales sur la fréquence de la cécité et de la surdimutité, celle de la poliomyélite, l'épidémie de grippe de 1952/1953, les fièvres typhoïde et paratyphoïdes et l'endémicité variolique ; il a également publié une étude sur les accidents mortels provoqués par des moyens de transport, ainsi que des données statistiques sur la mortalité imputable à diverses autres causes.

D'autre part, une étude sur la mortalité due aux morsures de serpents dans le monde paraîtra en 1954 dans le *Bulletin*.

Les études épidémiologiques et statistiques couvrent donc un champ bien plus vaste que celui des maladies transmissibles.

La collaboration avec les services statistiques de l'Organisation des Nations Unies pour la réunion et la publication des données statistiques s'est améliorée. Afin d'éviter l'envoi de plusieurs demandes d'infor-

[3] *Actes off. Org. mond. Santé*, **38**, 44 ; **45**, 46

mation identiques aux services nationaux de statistiques, l'Organisation des Nations Unies rassemble les données statistiques sur la population et les faits d'état civil qui présentent un intérêt commun pour un certain nombre d'institutions spécialisées, parmi lesquelles figure l'OMS ; de son côté, l'OMS recueille des informations sur la mortalité imputable aux causes figurant dans la Liste internationale détaillée. Enfin, toutes dispositions utiles ont été prises pour coordonner la publication de données qui intéressent aussi bien les hygiénistes que les sociologues dans la série des *Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles* et dans l'*Annuaire démographique*, édités respectivement par l'OMS et par l'Organisation des Nations Unies.

Comparabilité internationale

Dans le domaine de la comparabilité des statistiques, l'activité de l'OMS est également venue compléter celle de l'Organisation des Nations Unies, avec laquelle une collaboration effective s'est poursuivie. L'Organisation des Nations Unies a formulé des recommandations en vue de l'amélioration et de la normalisation des statistiques démographiques (Principes fondamentaux d'un système de statistiques de l'état civil) ; l'OMS s'est attachée, pour sa part, à rendre les statistiques de la mortalité plus exactes et, partant, plus utiles dans leur application à la médecine et à la santé publique.

L'OMS a publié deux brochures : la première, intitulée *Explications et instructions complémentaires pour le chiffrage des causes de décès*,[4] est destinée à faciliter l'usage du *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès* ; la seconde a pour titre *Renseignements complémentaires sur le certificat médical de la cause de décès* [5] et doit aider les bureaux de statistique à améliorer l'exactitude des certificats de décès.

Un index des termes latins utilisés dans le *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès* (publié en anglais, en français et en espagnol) a été préparé et sera publié comme supplément du *Manuel*, dont il rendra plus aisé l'emploi dans les pays de l'Europe septentrionale et centrale, où la terminologie latine est encore largement utilisée en médecine.

Au Centre de Classement des Maladies, créé par l'OMS le 1er janvier 1951 en liaison avec le Bureau général de l'Etat civil (General Register Office) du Royaume-Uni, pour assurer la centralisation et l'échange d'informations, les modifications que l'on propose d'apporter à la procédure de déclaration des causes de décès et au classement des maladies font l'objet d'essais préalables sur plusieurs milliers de certificats de décès. La documentation dont dispose le centre, jointe à celle que lui apportent les services nationaux de statistiques sanitaires, permet de mesurer les effets probables d'une modification du classement international existant, et d'examiner le bien-fondé des règles applicables à la classification des décès. Ce travail ne laissera pas de porter ses fruits lors de la septième revision des nomenclatures internationales des maladies et causes de décès, qui est envisagée pour 1955.

Le personnel du Siège, à Genève, et celui du centre de l'OMS à Londres ont l'un et l'autre conseillé les administrations sanitaires sur le classement rationnel des maladies pour l'établissement de statistiques de morbidité et de mortalité. Dans le courant de l'été, un membre du personnel de l'OMS a donné un cours sur cette question au Centre interaméricain de Biostatistique, à Santiago, qui est placé sous le patronage commun du Gouvernement chilien, de l'Organisation des Nations Unies et de l'OMS.

La conférence internationale pour la sixième revision décennale des nomenclatures internationales des maladies et causes de décès, organisée à Paris en 1948, avait recommandé la création de commissions nationales pour encourager et coordonner, dans les divers pays, les travaux de statistique sanitaire exécutés par les services nationaux (services sanitaires, sécurité sociale, hôpitaux, établissements scolaires, forces armées, etc.) ; ces commissions devaient s'inspirer des avis techniques du Comité d'experts des Statistiques sanitaires de l'OMS et, à leur tour, faire bénéficier ce comité de leur expérience. La Première Assemblée Mondiale de la Santé entérina ces recommandations ; [6] au cours des années suivantes, les Etats les mirent progressivement à effet et créèrent des commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires. L'OMS informe les diverses commissions nationales de l'activité des autres commissions. L'événement le plus important de 1953 pour ce qui est de l'amélioration et de l'uniformisation des statistiques aura été la conférence des commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires organisée par l'OMS au General Register Office, à Londres, du 12 au 17 octobre, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies.

La conférence de Londres a permis aux représentants de ces organismes, venus de 28 Etats Membres et Membres associés, de procéder à un échange de vues sur les moyens par lesquels les commissions pourraient le mieux s'acquitter de leurs tâches. Plusieurs des recommandations présentées portent non seulement sur les fonctions des commissions, mais encore sur la formation des statisticiens, et sur un certain nombre de questions techniques : nature des statistiques à établir dans les territoires qui en sont à divers stades de développement social et médical, méthodes à appliquer pour faire mieux comprendre l'utilité des statistiques sanitaires et engager le corps médical à collaborer en fournissant les données nécessaires. D'autres recommanda-

[4] Supplément No 6 au *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*

[5] Supplément No 5 au *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*

[6] *Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 304

tions visent le rôle du centre de l'OMS à l'égard des problèmes que pose le classement des maladies, l'utilisation des définitions de la « naissance vivante » et de la « mort fœtale » adoptées par l'OMS, enfin l'application du Règlement N° 1 de l'OMS à la préparation de statistiques.

Afin d'améliorer la partie du Classement international qui concerne le cancer et d'être ainsi en mesure d'évaluer l'efficacité du traitement de cette maladie sous ses diverses formes et à ses divers stades, on a organisé une réunion officieuse du Sous-Comité sur l'Enregistrement des Cas de Cancer à l'occasion de la session du Comité de Nomenclature et de Statistique des Tumeurs de l'Union internationale contre le Cancer, qui s'est tenue à Copenhague au mois de juillet.

Conseils sur les méthodes statistiques

De nos jours, les administrations sanitaires nationales et le corps médical reconnaissent de plus en plus l'utilité des procédés statistiques modernes pour apprécier la valeur des méthodes thérapeutiques et prophylactiques. L'OMS utilise toujours davantage les nouvelles méthodes statistiques aussi bien pour établir les plans de ses opérations de démonstration et de ses enquêtes sur le terrain que pour évaluer les résultats obtenus. C'est ainsi que, indépendamment du bénéfice direct qu'en retire la population intéressée, tout projet exécuté sur le terrain fournit des données précieuses à l'homme de science. Les services techniques du Siège font plus largement appel à la compétence de statisticiens sanitaires professionnels ; il en est de même des bureaux régionaux qui ont créé à cet effet des postes de statisticiens. Dans le cadre de leurs études statistiques et de leurs travaux sur les statistiques de la morbidité, les organes compétents du Siège ont donné des conseils sur les méthodes et ont procédé à des analyses statistiques, notamment pour le compte des services de l'Organisation qui s'occupent de la tuberculose, du trachome, du choléra, de la fièvre typhoïde, du paludisme et du pian ; ils ont de même prêté leur concours en ce qui concerne les activités entreprises dans certaines zones de démonstrations sanitaires générales. Enfin des enquêtes sur la morbidité ont été effectuées.

L'OMS a collaboré avec l'Organisation des Nations Unies, les gouvernements-hôtes et d'autres institutions à la formation professionnelle de statisticiens appelés à travailler dans les services sanitaires nationaux. Les méthodes applicables à l'information épidémiologique ont été enseignées lors d'un colloque sur l'enregistrement des maladies transmissibles dans les Amériques, qui a eu lieu à Santiago du Chili au mois de décembre. Les cours professionnels de statistique sanitaire organisés précédemment sous les auspices de l'OMS à Santiago, à Ceylan, en Egypte et au Japon ont montré la nécessité de donner cet enseignement dans des aires linguistiques homogènes ; il a donc été décidé d'organiser en 1954 un cours professionnel de statistique démographique et sanitaire qui aura lieu en Afghanistan et sera donné en langue farsi. Des mesures préparatoires ont été prises à cet effet.

Des manuels statistiques établis à l'intention du personnel en mission et des techniciens de laboratoire sont en cours de préparation ; il est probable que le manuel destiné au personnel en mission — notamment aux équipes antipaludiques de l'OMS — sera utile aussi à de nombreux fonctionnaires des services sanitaires nationaux. Parmi les autres études statistiques entreprises, il convient de mentionner la rédaction — à la demande de l'Organisation des Nations Unies — d'un mémoire sur le calcul du taux de la mortalité infantile, la réunion et l'analyse de statistiques sanitaires en milieu rural et l'établissement d'une note relative à la mortalité prénatale, à l'intention du groupe d'étude sur les problèmes se rapportant à la période périnatale, qui s'est réuni à Bruxelles au mois de septembre 1953.

CHAPITRE 6

MÉDICAMENTS ET AUTRES SUBSTANCES THÉRAPEUTIQUES

Standardisation biologique

Dans le domaine de la standardisation biologique, l'année 1953 a été marquée par l'adoption de nouveaux étalons internationaux de substances utilisées pour des fins thérapeutiques, prophylactiques et diagnostiques, par des travaux préparatoires en vue de l'établissement de nouveaux étalons et du remplacement de ceux dont le stock est en voie d'épuisement, et par une étude détaillée, dans l'une des Régions de l'OMS, des systèmes de distribution et d'utilisation des étalons biologiques par l'intermédiaire des centres nationaux de contrôle.

Les travaux du Centre international des Salmonellae et des Escherichiae à Copenhague se sont développés, cependant que le Laboratoire international de Référence pour la Détermination des Groupes sanguins à Londres a terminé sa première année d'activité sous les auspices de l'OMS.

D'autre part, de nouvelles mesures ont été prises pour faciliter le transport des produits biologiques par la poste.

Le Comité d'experts pour la Standardisation biologique a tenu sa septième session à Genève en octobre. Il a établi des plans détaillés afin que les travaux en cours puissent être poursuivis et que d'autres activités analogues soient entreprises.

Un certain nombre d'articles concernant divers apects de la standardisation biologique internationale ont été publiés dans le *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*.[1]

Nouveaux étalons de substances thérapeutiques et prophylactiques

La liste des quelques substances thérapeutiques et prophylactiques — auréomycine, bacitracine, chloramphénicol et dihydrostreptomycine — pour lesquelles des étalons internationaux ou des préparations de référence ont été établis au cours de l'année ne donne pas une image complète des travaux accomplis dans ce domaine. La préparation de plusieurs autres étalons a maintenant atteint un stade avancé (anatoxine diphtérique adsordée par l'hydrate d'aluminium, dérivé protéinique purifié (PPD) de tuberculine aviaire, thyrotrophine, hormone de croissance, vitamine B_{12}, sulfate de dextrane et oxytétracyline).

Le projet d'étalon d'anatoxine diphtérique adsorbée par l'hydrate d'aluminium appelle quelques explications. Cette substance, connue sous le nom d'« anatoxine diphtérique adsorbée », présentera une très grande utilité. La législation de la plupart des pays — lorsqu'il en existe une — se borne aujourd'hui à exiger que les préparations d'anatoxine diphtérique satisfassent à certaines normes minimums concernant l'absence de toxicité et le pouvoir immunisant. En conséquence, l'efficacité des produits vendus pour l'usage médical peut varier dans de très grandes proportions, au point que certains lots sont parfois jusqu'à cinquante fois plus actifs que d'autres, sans qu'aucun règlement ou spécification ne permette de connaître l'activité respective des préparations : ni les médecins, ni les parents (ce sont en effet généralement des enfants qui sont vaccinés) n'ont aucun moyen d'être fixés aisément sur ce point. Lorsque l'étalon international d'anatoxine diphtérique adsorbée sera établi, le producteur pourra, en s'y référant, indiquer le pouvoir immunisant de ses préparations en unités internationales. Il sera alors en mesure de donner, au sujet de l'activité de chacune des préparations qui sortent de ses laboratoires, des indications suffisamment précises pour permettre au médecin de connaître exactement le produit qu'il utilise. Ces indications, exprimées en unités internationales, auront en outre une signification identique dans toutes les parties du monde.

Il est un point de quelque intérêt historique qui mérite d'être mentionné. Le Rapport annuel de 1952 rappelait que l'année 1952 marquait le trentième anniversaire de l'adoption du premier étalon biologique international, ce qui représentait l'une des premières initiatives officielles de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. Il s'agissait de l'étalon d'antitoxine diphtérique. Au cours de ces trente années, la roue a accompli une révolution

[1] Miles, A. A. & Perry, W. L. M. *Biological potency and its relation to therapeutic efficacy* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 1-14) ; Humphrey, J. H., Mussett, M. V. & Perry, W. L. M. *The second international standard for penicillin* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 15-28) ; Christensen, P. A. *Problems of antivenene standardization revealed by the flocculation reaction* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 353-70); Greenberg, L. *International standardization of diphtheria toxoids* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 829-836) ; Greenberg, L. *International standard for tetanus toxoid* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 837-842) ; Prigge, R. *Standardization of diphtheria and tetanus toxoids* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 843-849) ; Humphrey, J. H. et al. *The international standard for aureomycin* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 851-860) ; Humphrey, J. H. et al. *The international standard for bacitracin* (*Bull. Org. mond. Santé*, 1953, **9**, 861-869)

complète : aujourd'hui comme en 1922, une substance destinée à combattre la diphtérie est au premier plan des travaux de standardisation biologique internationale. Mais, à la différence de la situation qui se présentait il y a trente ans, il s'agit maintenant d'une substance destinée à prévenir et non plus à guérir, ce qui montre le rôle de plus en plus important que la médecine moderne attribue à la prophylaxie par rapport à la thérapeutique.

Dans un autre sens aussi la roue a fait un tour complet. Les principes théoriques et pratiques qui avaient présidé à l'établissement du premier étalon biologique international étaient dus au grand pionnier de la standardisation, Paul Ehrlich. Aujourd'hui, l'établissement du nouvel étalon international d'anatoxine diphtérique a été confié à l'institut qui porte le nom de ce savant, l'Institut Paul Ehrlich à Francfort-sur-le-Main.

Nouveaux étalons de substances utilisées pour le diagnostic

Pendant l'année 1953, on a établi un étalon international d'antisérum de la fièvre Q, et une unité internationale de pouvoir de déviation du complément pour la fièvre Q sera définie sous forme d'un certain poids de cet étalon. On a également défini une unité internationale pour mesurer le pouvoir agglutinant du sérum anti-*Brucella abortus* en fonction d'un poids donné de l'étalon international de sérum anti-*Brucella abortus* établi en 1952.

Deux remarques s'imposent à propos de ces deux nouveaux étalons. En premier lieu, leur établissement montre que l'on se rend de plus en plus nettement compte que la santé des hommes est liée à celle des animaux domestiques, en ce sens que les uns et les autres sont exposés à de multiples maladies contagieuses importantes dites « zoonoses », qu'ils peuvent se transmettre mutuellement et que, par conséquent, seuls les efforts conjugués du médecin et du vétérinaire permettront d'éliminer. La fièvre Q et la brucellose sont au nombre de ces maladies. L'établissement de préparations étalons internationales, visant à rendre plus précis le diagnostic de ces affections tant chez l'homme que chez les animaux domestiques, marque une étape notable, qui a pu être franchie grâce à la collaboration entre médecins et vétérinaires. Si ce progrès, dont l'importance pour la santé et le bien-être de l'homme est manifeste, a pu être réalisé, c'est parce que l'OMS avait à sa disposition un vaste ensemble de connaissances vétérinaires théoriques et pratiques ; d'autre part, ce résultat n'aurait pu être atteint sans une liaison étroite avec la FAO.

Le second point intéressant à signaler est que, comme il a été dit plus haut, on fixe actuellement des unités internationales de « réactivité » pour ces deux étalons. La notation, en unités, du pouvoir réagissant des sérums de ce genre constitue une innovation en matière de sérodiagnostic. On pourra y recourir largement chaque fois que le diagnostic exige le titrage des anticorps par rapport à un immunsérum étalon. Les résultats de ces diagnostics pourront désormais être exprimés sous une forme extrêmement simple : au lieu d'avoir à expliquer longuement que tel sérum a réagi à telle ou telle dilution qui correspond à un certain titre que l'on observerait si l'on employait l'étalon international dans des conditions analogues, il suffira maintenant de dire que le sérum s'est révélé contenir un certain nombre d'unités internationales de pouvoir agglutinant (ou de pouvoir de déviation du complément).

Au cours de l'année, des préparations internationales de référence ont été établies pour les sérums et antigènes du choléra et pour les vaccins anticholériques. En outre, des mesures ont également été prises en vue de l'établissement d'étalons ou de préparations internationales de référence pour les sérums qui servent au diagnostic des fièvres typhoparatyphoïdes. D'autre part, on a examiné la possibilité d'établir un étalon international de toxine de Schick pour la détermination de la réceptivité à l'infection diphtérique. On est également en train d'étudier la mise au point d'un étalon international de sérum anti-D de la série Rh pour les travaux de détermination des groupes sanguins.

Remplacement d'étalons internationaux existants

Il ne suffit pas d'établir et de distribuer des étalons biologiques internationaux. Les réserves s'épuisent à mesure des prélèvements opérés, et il faut donc constamment veiller à leur renouvellement. Les étalons et les préparations de référence qui entrent dans cette catégorie sont ceux d'insuline, d'hormone adrénocorticotrope, ainsi que de cardiolipine et de lécithines (de cœur de bœuf et d'œuf) pour le diagnostic de la syphilis. Des mesures ont été prises pendant l'année en vue de reconstituer les stocks.

Distribution et utilisation des étalons

Dans toutes les régions du globe, il existe des centres nationaux de contrôle ou des laboratoires nationaux chargés de la garde et de la distribution d'étalons biologiques. Ces centres, créés sous les auspices de l'OMS, jouent également un rôle consultatif. L'OMS leur apporte son aide, notamment en les conseillant sur l'emploi des préparations étalons.

En 1953, en vertu d'arrangements avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, un expert-conseil s'est rendu dans cette Région afin de se documenter plus exactement, pour le compte du Siège et des centres internationaux de Copenhague et de Londres, sur ses besoins et ses problèmes particuliers en matière de standardisation biologique. Il devait également mettre les administrations et les laboratoires de la Région au courant des objectifs les plus récents que s'étaient fixés le Siège et les centres internationaux, ainsi que des derniers progrès accomplis par eux dans ce domaine.

Son voyage, qui a duré environ quatre mois, lui a permis de visiter la plupart des centres importants de préparation de produits biologiques et de recherche

sur ces mêmes produits dans toutes les parties de la Région. Les recommandations enregistrées au cours de cette mission seront utiles non seulement aux pays de la Région, mais aussi, quoique de façon indirecte, à toutes les Régions de l'OMS, en ce sens qu'elles aideront le Siège et les deux centres internationaux susmentionnés à fixer leur politique future en matière de standardisation biologique.

Centre international des Salmonellae et des Escherichiae

Le Centre international des Salmonellae et des Escherichiae, à Copenhague, a continué à recevoir des cultures de toutes les régions du monde aux fins de diagnostic et de classification, ainsi qu'à distribuer des cultures et des sérums de diagnostic aux centres nationaux des salmonellae et à d'autres laboratoires spécialisés. L'ampleur prise par cette activité est attestée par le nombre de cultures envoyées au Centre pour typage, durant les quatre années qui se sont écoulées entre 1950 et l'année dont traite le présent rapport ; ce nombre, au cours de ces années, a été successivement de 459, 876, 1.039 et 938.

Laboratoire international de Référence pour la Détermination des Groupes sanguins

Au cours de sa première année d'activité sous les auspices de l'OMS, le Laboratoire international de Référence pour la Détermination des Groupes sanguins, à Londres, a examiné 2.894 spécimens d'hématies provenant de diverses parties du monde, pour la recherche de la totalité ou de la quasi-totalité des antigènes connus des groupes sanguins. La plupart des échantillons avaient été prélevés sur des membres du personnel des laboratoires intéressés et serviront d'antigènes de référence pour l'examen de sérums inconnus. En outre, le laboratoire a examiné, en vue d'une étude anthropologique, 1.673 spécimens d'hématies provenant de toutes les régions du globe.

Le laboratoire a examiné 2.287 sérums pour la recherche d'anticorps anormaux et a fourni aux laboratoires de 23 pays des sérums pour la détermination des groupes sanguins.

Il a organisé en 1953 deux cours de formation professionnelle, auxquels ont assisté des techniciens des pays suivants : Egypte, Etats-Unis d'Amérique, France (et Algérie), Soudan, Suède et Suisse.

Transport des produits biologiques par la poste

L'OMS a continué à se tenir en contact avec l'Union postale universelle au sujet du transport des produits biologiques. L'Union est en train d'établir une synthèse de tous les règlements postaux et douaniers nationaux qui ont trait à cette question, afin qu'on puisse facilement s'y reporter.

Normes et nomenclature pharmaceutiques

La préparation du Volume II de la *Pharmacopoea Internationalis* a beaucoup avancé en 1953. La totalité du texte anglais et une partie du texte français étaient en épreuves à la fin de l'année. Les derniers exemplaires du Volume I en français ayant été épuisés, des dispositions ont été prises pour procéder à un deuxième tirage de 1.200 exemplaires.

Le Comité d'experts de la Pharmacopée internationale a tenu sa douzième session du 29 juin au 4 juillet. Les personnalités inscrites au Tableau d'experts de la Pharmacopée internationale, d'autres experts de différents pays et des spécialistes inscrits à d'autres tableaux de l'OMS avaient été priés de communiquer par correspondance leurs observations au sujet des monographies destinées au Volume II. Ces observations ont été examinées par le comité.

Lorsqu'au Volume I, qui a déjà paru, et à l'Addendum actuellement en préparation, s'ajoutera le Volume II, la première édition de la *Pharmacopoea Internationalis* sera achevée. Elle sera suffisamment complète pour être d'une grande utilité à de nombreux pays.

La traduction espagnole du Volume I, qui a été faite par le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, a été revisée par une personnalité inscrite au tableau d'experts. D'autre part, la traduction du Volume I en allemand, sous le contrôle d'une autre personnalité inscrite au tableau d'experts, est en bonne voie.

La revision du Volume I a été entreprise en vue de la publication d'une deuxième édition et l'on s'est tout particulièrement préoccupé de s'entourer d'avis aussi nombreux que possible. On consulte actuellement des groupes de travail, composés de personnalités inscrites aux tableaux d'experts intéressés, afin que cette importante entreprise repose sur la collaboration de nombreux spécialistes de laboratoires.

Tout est mis en œuvre pour tenir la *Pharmacopoea Internationalis* à jour et pour rendre son utilisation aussi pratique que possible. Les normes qu'elle définit seront suffisamment rigoureuses pour garantir la haute qualité des médicaments, sans en restreindre la disponibilité ou entraîner une sensible augmentation des prix de revient. Des personnes appartenant à des milieux très divers ont été consultées et ont bien voulu donner leur avis sur les substances pharmaceutiques qu'il y aurait lieu d'inclure dans la pharmacopée internationale.

Pour ce qui est des dénominations communes internationales des médicaments, l'OMS a noué des relations de travail avec les principaux groupements qu'intéresse l'attribution, à de nouvelles substances

médicamenteuses, de dénominations communes susceptibles d'être ultérieurement incluses dans les pharmacopées nationales, la *Pharmacopoea Internationalis* ou d'autres recueils de normes et de formules, ou d'être imprimées sur des étiquettes. L'Union internationale pour la Protection de la Propriété industrielle a également prêté sa collaboration.

Comme l'avaient recommandé l'Assemblée de la Santé et le Conseil Exécutif, on a procédé à une étude spéciale des résultats obtenus et de l'expérience acquise au cours de ce travail complexe. A sa douzième session, le Conseil Exécutif a examiné la procédure à suivre pour le choix des dénominations communes internationales et institué un système cohérent qui établit une distinction plus nette entre les dénominations « proposées » et celles qui sont « recommandées ».[2] C'est sur cette base que les travaux se poursuivent actuellement, avec la collaboration de spécialistes du tableau d'experts qui ont été désignés à cet effet. Lorsqu'une dénomination est retenue provisoirement, l'OMS la communique aux Etats Membres, aux commissions nationales de pharmacopées et aux autres organismes intéressés à l'attribution de dénominations pour les médicaments ; elle les invite à lui adresser leurs observations et, si une dénomination se révèle acceptable dans un pays, elle demande que les dispositions nécessaires soient prises en vue de son introduction et de sa protection en tant que dénomination commune.

Toute cette procédure fait l'objet d'un constant examen, afin que l'expérience acquise puisse être mise à profit et que le travail s'accomplisse de la façon la plus simple et la plus efficace possible. Elle se révèle très utile pour remédier à la confusion qui se produit lorsqu'une même préparation est connue sous plusieurs dénominations différentes dans diverses parties du monde. Les dénominations communes internationales proposées pour les drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie sont actuellement utilisées par l'Organe de Contrôle des Stupéfiants des Nations Unies lorsqu'il demande aux gouvernements de leur fournir une évaluation de leurs besoins en stupéfiants.

Une liste de 299 dénominations communes internationales proposées a été établie et publiée dans le numéro d'octobre de la *Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé.*

Au cours de l'année, des spécialistes du contrôle des produits pharmaceutiques ont fourni, sur les points suivants, des renseignements accompagnés de suggestions pratiques : buts du contrôle des médicaments, définitions, principes à adopter pour la mise au point d'un système de contrôle, étiquetage, méthodes de contrôle analytique, contrôle des substances toxiques, et meilleure façon de contrôler les produits pharmaceutiques dans un pays donné. Les renseignements recueillis seront utilisés pour la préparation d'une conférence sur ces divers sujets, au cours de laquelle des spécialistes appartenant aux administrations sanitaires nationales, des experts attachés aux laboratoires de contrôle, aussi que d'autres personnalités étudieront la possibilité d'uniformiser davantage les méthodes de contrôle des produits pharmaceutiques dans l'intérêt de la santé publique et du commerce international.

Drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie

Ces dernières années, l'OMS a étudié de près l'emploi de la diacétylmorphine (héroïne) en thérapeutique et, en 1953, une décision importante a été unanimement prise à ce sujet par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé (résolution WHA6.14). L'Assemblée de la Santé a recommandé que des campagnes soient entreprises pour convaincre les médecins et les gouvernements que la diacétylmorphine n'est pas irremplaçable dans l'usage médical ; elle a également recommandé que les Etats Membres qui ne l'ont pas encore fait interdisent l'importation et la fabrication de cette drogue. Cette résolution a été communiquée, pour étude et suite à donner, au Secrétaire général des Nations Unies, qui la soumettra à la Commission des Stupéfiants, lors de sa neuvième session, en avril 1954.

Le Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie a tenu sa quatrième session à Genève en juin. Il a de nouveau discuté le projet de convention unique sur les stupéfiants qui est en train d'être préparé par les Nations Unies et a envisagé les conseils que l'OMS devrait fournir à ce sujet à la Commission des Stupéfiants. A la demande du comité d'experts, l'OMS a par ailleurs fait part au Secrétaire général des Nations Unies de recommandations préconisant que plusieurs nouvelles substances (dont un certain nombre de substances synthétiques à effet morphinique) soient soumises à un contrôle international et que d'autres soient exemptées des effets des dispositions des conventions internationales sur les stupéfiants. L'OMS a également informé le Secrétaire général que, aux termes d'une décision du comité, la nalorphine, bien qu'étant un dérivé de la morphine, ne devait pas être placée sous contrôle international.

L'Organisation a appelé l'attention des gouvernements sur l'abus des préparations d'amphétamine et leur a recommandé, pour renforcer le contrôle exercé sur ces substances, de leur appliquer des

[2] Résolution EB12.R24, *Actes off. Org. mond. Santé,* **49,** **7, 29**

mesures analogues à celles qui ont déjà été proposées pour les barbituriques.

L'OMS a continué de collaborer avec le Comité central permanent de l'Opium et avec l'Organe de Contrôle des Stupéfiants des Nations Unies. D'autre part, elle a été représentée à la huitième session de la Commission des Stupéfiants, qui s'est tenue à New York en avril. Elle a resserré sa collaboration avec la Division des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies ; c'est ainsi qu'elle a présenté à cette division des avis et des observations préliminaires sur des études rédigées par celle-ci.

A la demande du Conseil Economique et Social,[3] l'OMS, en consultation avec les Nations Unies, est en train de rassembler des renseignements pour une étude scientifique des stupéfiants synthétiques. Les travaux ont commencé sur les produits à effet morphinique. Avec la collaboration d'un chimiste envoyé par la Division des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies, on a rédigé un document — le premier d'une série d'études — sur les questions chimiques relatives aux produits de ce genre.

L'OMS a donné des conseils à plusieurs gouvernements au sujet des drogues mentionnées ci-dessus et des préparations-retard de morphine, ainsi que sur les traitements à instituer. Certaines des substances synthétiques existantes ouvrent très certainement la voie à la découverte d'analgésiques non toxicomanogènes (ou en tout cas moins toxicomanogènes que la morphine). On pourrait, d'autre part, encourager leur emploi pour des raisons d'économie nationale. Mais il ne fait aucun doute que la lutte contre la production et le trafic illicites de ces substances soulèvera — et en fait soulève déjà — de nouvelles difficultés pour les autorités nationales, car certaines sont relativement faciles à préparer à partir de produits qui, en raison de leur utilisation dans d'autres industries, ne pourront pas être soumis à une réglementation.

L'OMS a commencé des études sur l'effet du katt et sur son caractère toxicomanogène. La Division des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies s'intéresse également à ces recherches.

Aux termes de la Convention de 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants (article 5, paragraph 6), l'OMS nomme deux membres de l'Organe de Contrôle des Stupéfiants. Ces deux membres, dont le mandat est venu à expiration en 1953 (il s'agit du Professeur H. Fischer, de la Suisse, et du Professeur S. Tavat, de la Turquie), ont été réélus pour une période qui prendra fin le 1er mars 1958.

Le Comité d'experts de l'Alcool s'est réuni pour la première fois au mois d'octobre, à Genève. Ses travaux ont porté principalement sur : les notions relevant de la pharmacologie de l'alcool, l'étude de l'alcoolisme par expérimentation sur l'animal, le métabolisme de l'alcool, y compris l'influence de la consommation d'alcool sur la nutrition, et l'alcool et la circulation routière. Le comité a constaté qu'il existait actuellement une certaine confusion due à l'emploi abusif du terme « tolérance » ; au lieu de ce terme, qui désigne la sensibilité innée du sujet à l'alcool, il conviendrait de recourir à l'expression « surcroît acquis de tolérance » pour désigner le changement de résistance à l'alcool amené par une consommation habituelle. Une nette distinction doit être établie entre les symptômes de sevrage dans le cas de l'alcoolisme et ceux que provoque le sevrage des drogues du type de la morphine : lorsqu'il s'agit de l'alcool, seule l'expression « symptômes de sevrage » est recommandable, celle de « syndrome d'abstinence » ne se justifiant que dans le cas d'une toxicomanie par des drogues du type de la morphine. Dans le cadre de l'étude de l'alcoolisme par expérimentation sur l'animal, le comité a discuté des études d'ordre organogénique, des carences alimentaires, des études endocrinologiques, et du problème de l'alcool en tant que drogue. Se fondant sur la définition d'une catégorie intermédiaire de drogues, telle qu'elle est formulée dans le troisième rapport du Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie,[4] le comité d'experts décrète que l'alcool en tant que drogue devrait être classé, de par sa nature et son intensité, entre les drogues qui engendrent la toxicomanie et celles qui provoquent l'accoutumance. Le comité est arrivé à la conclusion que, pour être résolus de façon satisfaisante, maints problèmes relatifs à l'alcool nécessitent la collaboration d'expérimentateurs et de cliniciens, et qu'il importe de convoquer une réunion groupant des représentants de ces deux catégories.

Au cours du colloque régional sur la santé mentale qui s'est réuni en novembre à Beyrouth, sous les auspices de l'OMS, la question des drogues engendrant la toxicomanie, et notamment du haschich, a fait l'objet de discussions.

Avis sur les antibiotiques et les insecticides

Conformément à la résolution WHA5.30 de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé (voir également le chapitre 7 du Rapport annuel de 1952), l'OMS a poursuivi, pendant le premier semestre de l'année, ses négociations avec l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies au sujet du transfert aux Nations Unies des responsabilités d'ordre industriel qui incombaient précédemment à l'OMS en matière de production des antibiotiques et des insecticides.

[3] Résolution ECOSOC 505 C (XVI)

[4] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **57**, 10

Ces négociations ont heureusement abouti et le transfert a eu lieu le 1er juillet. Les arrangements conclus avec l'Administration de l'Assistance technique ont porté sur les points suivants : responsabilités financières, bourses d'études attribuées en liaison avec des projets de production et nouveau partage des fonctions, les Nations Unies devant s'occuper de toutes les questions intéressant la production proprement dite, tandis que les problèmes de caractère non industriel qui touchent à la santé publique et à la médecine seront du ressort de l'OMS. Trois projets concernant la production de pénicilline (Chili, Inde et Yougoslavie) et quatre projets de construction de fabriques de DDT (Ceylan, Egypte, Inde et Pakistan) ont été affectés par ce transfert, auquel tous les gouvernements intéressés ont donné leur accord.

Lorsque le transfert a eu lieu, l'exécution des projets de production de pénicilline avait atteint un stade suffisamment avancé pour qu'on soit assuré de leur succès. Les premiers travaux préparatoires (examen des questions techniques, plans et études) étaient achevés, notamment en ce qui concerne les plans des bâtiments, le choix du matériel d'exploitation et des installations, l'établissement des programmes de travail et l'évaluation des dépenses. D'autre part, la réunion de données techniques avançait, de même que la formation d'un personnel technique national.

Quant à la construction des fabriques de pénicilline, elle avait aussi suffisamment progressé pour qu'on ait eu la certitude qu'elle serait menée à bonne fin.

CHAPITRE 7

ENVOIS DE FOURNITURES

Les achats de fournitures et de matériel à usage médical pour les projets de l'OMS financés au moyen du budget ordinaire ou des fonds de l'assistance technique se sont élevés à $585.000 pendant l'année comprise entre le 1er octobre 1952 et le 30 septembre 1953. Bien qu'il ne s'agisse pas de sommes très considérables, un grand nombre d'articles spéciaux destinés à divers projets entrepris dans le monde entier ont dû être achetés et expédiés dans des conditions sensiblement moins favorables que précédemment. Les difficultés étaient dues surtout à la nécessité d'utiliser, autant que possible, les devises reçues à titre de contributions au programme d'assistance technique et de passer, en conséquence, des commandes dans des pays qui n'exportent pas habituellement des fournitures et du matériel à usage médical ou qui n'en produisent qu'une quantité limitée. En de tels cas, les fabricants, dont souvent la production est restreinte, hésitent parfois à accepter, pour l'exportation, des commandes qu'ils pourraient avoir à exécuter au détriment du marché national. Il a donc été nécessaire de prospecter de nombreux marchés afin de découvrir des sources d'approvisionnement dans de petits pays d'Europe ou dans des pays du Pacifique occidental et, en outre, de rechercher des articles de remplacement qui, bien que ne répondant pas en tous points aux spécifications des articles portés sur les listes de commande, peuvent servir essentiellement aux mêmes fins.

Une autre complication venait de ce qu'un certain nombre des projets de 1953 financés au moyen des fonds de l'assistance technique ont dû être ajournés jusqu'à ce que soit connu le montant exact des sommes que l'OMS pouvait obtenir de l'assistance technique, du FISE ou d'autres sources ; c'est ainsi que les affectations de crédits n'ont pu être fixées définitivement qu'au mois d'avril, et l'ajournement des projets d'assistance technique a retardé à la fois la préparation des listes de fournitures et les achats et livraisons.

En 1953 un contrat passé avec l'Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée (UNKRA) prévoyait que celle-ci aurait recours à l'OMS pour l'achat de fournitures et de matériel à usage médical, moyennant une redevance de 3% établie par le Conseil Exécutif (résolution EB9.R90). Pour l'année se terminant le 30 septembre 1953, les fournitures livrées aux Etats Membres, sur leur demande et contre paiement préalable, représentaient une somme de $35.000. Durant la même période, l'OMS a été priée d'effectuer, pour le compte d'institutions des Nations Unies, des achats s'élevant à $438.000 ; ce montant comprend une demande d'achat de $265.000, émanant de l'UNKRA, pour l'exécution d'un projet relatif aux soins infirmiers, pour une école de médecine et pour un hôpital d'enseignement. La redevance de 3% a été évaluée à $9.000 pour les achats effectués sur la demande des gouvernements et des Nations Unies dans l'année qui se termine le 30 septembre.[1]

Il a été plus facile de se procurer sur les marchés européens les médicaments et autres produits pharmaceutiques nécessaires. La baisse du prix de la pénicilline, constatée en 1952, s'est à peu près maintenue : le prix a été, tant aux Etats-Unis d'Amérique qu'en Europe, d'environ moitié moindre qu'en juin 1952, bien qu'il continue à être un peu plus élevé en Europe qu'aux Etats-Unis. Les prix mondiaux du DDT et du HCH sont restés assez bas, leur niveau étant à peu près le même qu'en 1952 ; en automne, cependant, une augmentation s'est produite. Dans l'ensemble, les fournisseurs européens ont pu effectuer leurs livraisons plus rapidement qu'en 1952, grâce, en partie, au fait que les restrictions frappant les matières premières sont moins rigoureuses, ce qui a permis de constituer des stocks plus importants ; ceux des Etats-Unis, en revanche, ont exigé des délais un peu plus longs.

En dehors des fluctuations qui viennent d'être mentionnées, on n'a pas enregistré de changements notables sur les marchés mondiaux de fournitures et de matériel destinés aux programmes de santé publique ; néanmoins, par suite de l'obligation d'utiliser au maximum certaines monnaies non convertibles, il a fallu accepter parfois de payer des prix plus élevés que ceux qui auraient été demandés pour des articles analogues, sur d'autres marchés, si l'on avait disposé des devises nécessaires.

Réductions de prix consenties à l'OMS

Un nombre appréciable de fabricants européens accordent maintenant des remises spéciales à l'OMS et certains d'entre eux, en indiquant leurs prix nets,

---

[1] Comme précédemment, cette redevance n'a pas été perçue sur les achats effectués pour le compte de l'UNRWAPRNE, l'accord conclu avec cet organisme étant considéré comme excluant une taxe de cette nature.

L'UNRWAPRNE a décidé récemment, comme il est indiqué à la page 35, de centraliser tous ses achats pour l'action de secours, à l'exception de ceux qui peuvent être effectués sur place, en recourant au FISE.

ont donné l'assurance qu'ils ne versent ni commissions d'agents, ni redevances d'intermédiaires pour les commandes passées par l'Organisation. Le fait que ces commandes émanent du Siège de l'OMS, qui est situé hors des pays de destination, leur permet de consentir plus facilement ces avantages. Les rabais spéciaux que certaines compagnies de navigation maritime ont accordés, en considération de la nature de l'œuvre poursuivie par l'OMS, et les réductions obtenues des agents d'expédition ont également contribué à diminuer les frais de transport.

Appareils de radiologie

Afin d'inciter les fabricants à construire des appareils de radiologie mieux adaptés à leur emploi dans les pays insuffisamment développés, notamment dans les régions tropicales, et d'assurer que le personnel local recevra toutes instructions nécessaires concernant l'utilisation et l'entretien de ces appareils, l'OMS a pris des dispositions pour que certains des principaux fabricants d'appareils de radiologie fassent accompagner par un de leurs techniciens les unités radiologiques commandées pour les projets antituberculeux entrepris avec l'aide de l'OMS dans ces pays. Ces techniciens sont chargés de faire fonctionner et d'entretenir les appareils et, également, d'instruire et de surveiller le personnel local. Ainsi, les producteurs devraient être à même de recueillir les renseignements qui leur permettront de modifier les plans des appareils destinés à ces régions, d'après l'expérience acquise sur place.

Application des recommandations formulées par les comités d'experts

Les producteurs de poudres de DDT dispersables dans l'eau et de benzylpénicilline procaïnée dans l'huile additionnée de monostéarate d'aluminium (PAM) se préoccupent toujours davantage de tenir compte des normes minimums fixées par le Comité d'experts des Insecticides [2] ainsi que par le Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses. Tous les contrats passés par l'OMS pour l'achat de ces produits, soit en vue de l'exécution de ses propres programmes, soit pour le compte d'Etats Membres ou d'autres organismes des Nations Unies, stipulent que les livraisons devront être conformes aux normes prescrites et prévoient que, à cette fin, des échantillons seront prélevés et examinés avant l'expédition. Au début, le nombre des fabricants de l'Amérique du Nord ou du Sud dont les produits répondaient à ces prescriptions était minime, mais certains fabricants européens produisent actuellement des fournitures conformes aux normes requises et d'autres se proposent d'en faire autant.

On trouvera à l'annexe 5 du quatrième rapport du Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses [3] les normes applicables au soluté injectable huileux de benzylpénicilline procaïnée. Les gouvernements ont été informés des conditions que doivent comporter les contrats d'achat de PAM touchant la conformité du produit avec les normes prescrites et les vérifications à effectuer.

Depuis que le Comité d'experts des Insecticides a fixé les normes applicables aux pulvérisateurs et aux poudreuses utilisés par les programmes sanitaires,[2] certains fabricants d'Europe et des Etats-Unis d'Amérique ont créé de nouveaux modèles et les appareils que l'on peut se procurer actuellement pour les programmes de lutte contre les insectes sont meilleurs et plus efficaces. Seuls les appareils répondant à ces normes entrent maintenant en ligne de compte pour les achats destinés aux programmes de l'OMS.

Listes types et inventaires

Des listes types supplémentaires de matériel de base, donnant des indications détaillées et renvoyant aux numéros correspondants des catalogues, ont été préparées pour les projets de démonstrations dans les pays et certaines des listes existantes ont été revisées sur la base de l'expérience acquise sur place. Ces listes types sont presque indispensables pour l'énumération des articles qu'il y a lieu de se procurer en vue de l'exécution des divers projets et, en outre, elles facilitent les achats. Le FISE s'y réfère pour la préparation de ses propres listes de fournitures et, après une élaboration plus poussée, elles pourront s'avérer également utiles pour les administrations sanitaires nationales.

Collaboration avec le CARE

L'accord avec la Co-operative for American Remittances to Europe Inc. (CARE) a été maintenu pendant toute l'année. Le montant des contributions obtenues par le CARE pour l'achat de fournitures et de matériel à usage médical destinés aux institutions agréées par l'OMS est demeuré inférieur aux prévisions, mais cet organisme se propose d'entreprendre une campagne pendant l'hiver 1953/54 afin de pouvoir répondre aux demandes de fournitures déjà examinées et transmises par l'OMS.

[2] Organisation Mondiale de la Santé (1953) *Insecticides: Recueil de normes applicables aux insecticides et aux appareils de pulvérisation et de poudrage*

[3] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1953, **63**, 60

CHAPITRE 8

PUBLICATIONS ET DOCUMENTATION

Comme l'indiquait le dernier Rapport annuel, le service de documentation de l'Organisation a atteint en 1952 son plein développement et on a pu dès lors s'attacher davantage à en accroître l'efficacité. En 1953, on s'est préoccupé de le mettre de plus en plus à même de répondre aux besoins des Etats Membres et aux programmes de l'OMS.

Les monographies et les séries d'études techniques publiées en 1953 exposaient les résultats des programmes mis en œuvre par l'OMS ou avaient directement trait à d'importantes fonctions techniques de l'Organisation. Une monographie consacrée à la toxicité pour l'homme de certains pesticides [1] a été l'aboutissement direct d'une résolution de l'Assemblée de la Santé. Des études de législation sanitaire comparée, entreprises à la suite de délibérations du Conseil Exécutif, se rapportaient également aux programmes. De même, les ressources de la bibliothèque en personnel et en matériel ont été mises de plus en plus directement au service des activités pratiques de l'Organisation.

On s'est beaucoup préoccupé d'améliorer la distribution et la vente des publications. Après avoir étudié la question lors de sa onzième session, le Conseil Exécutif a autorisé, par sa résolution EB11.R43, la nomination d'un fonctionnaire qui devait être chargé de la distribution et de la vente des publications et dont le traitement devait être imputé sur le fonds de roulement des publications. Depuis la nomination de ce fonctionnaire, qui n'a pu être faite qu'à l'automne car il a été difficile de trouver un candidat présentant les compétences requises, des plans ont été élaborés pour améliorer la distribution commerciale des publications de l'OMS ; ils seront appliqués au début de 1954. A la suite d'une suggestion émise lors de la onzième session du Conseil Exécutif, des tarifs spéciaux ont été fixés pour les abonnements globaux et pour les abonnements mixtes. D'autre part, des prix d'abonnement annuel ont été établis pour la *Série de Rapports techniques* et pour les *Actes officiels*, et le tarif des ventes au numéro a été considérablement simplifié. Des mesures ont été prises pour augmenter le nombre des dépositaires dans les pays où un seul dépositaire ne pouvait suffire à assurer la diffusion nécessaire et pour en désigner dans les pays où il n'existait jusqu'ici aucune voie régulière de distribution commerciale des publications de l'OMS.

L'OMS a procédé à des échanges de vues avec d'autres organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, au sujet de la documentation sur les questions médicales et sur les questions connexes. Au cours de discussions inter-secrétariats avec l'UNESCO, elle s'est efforcée de délimiter les attributions respectives des deux organisations en matière d'action internationale dans divers domaines de la documentation. Elle a, d'autre part, envoyé un observateur à une réunion du Comité consultatif international de Bibliographie de l'UNESCO, à des réunions de groupes de travail pour les publications et les services de bibliothèque et de documentation convoquées par le Centre international de l'Enfance, ainsi qu'à des réunions du Comité exécutif du Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS), au cours desquelles ont été discutées les activités que le CIOMS pourrait entreprendre en cette matière.

L'OMS a participé à une réunion mixte CIOMS/UNESCO/OMS qui s'est tenue à Genève du 31 juillet au 1er août, sur la convocation du CIOMS. L'objet de cette réunion était de passer en revue les tentatives faites antérieurement pour organiser, sur le plan international, la documentation médicale, de déterminer si une action internationale était manifestement nécessaire dans ce domaine et, dans l'affirmative, de préciser les tâches que pourrait assumer le CIOMS. Il a été convenu à l'unanimité que de plus amples renseignements étaient indispensables avant que l'on puisse se prononcer sur la nécessité d'une action internationale, et il a été recommandé que l'UNESCO, qui disposait des fonds nécessaires, entreprenne, en recourant éventuellement aux services du CIOMS, une étude visant à établir dans quelle mesure les spécialistes et les chercheurs utilisent et considèrent comme satisfaisantes les publications secondaires courantes, telles que les périodiques publiant des comptes rendus analytiques ou les index. Le directeur de l'Armed Forces Medical Library (Washington) et le rédacteur en chef du *Bulletin de l'Institut Pasteur* (Paris) avaient été invités par le CIOMS à assister à cette réunion, à titre consultatif.

Un article intitulé « International Medical Documentation and the World Health Organization » a paru en juillet dans le *Bulletin of the Medical Library Association* des Etats-Unis d'Amérique.

---

[1] Barnes, J. M. (1953) *Toxicité pour l'homme de certains pesticides*, Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies*, No 16)

Publications

Le *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* et la *Chronique* ont paru régulièrement ; plusieurs numéros du *Bulletin* ont été consacrés à des séries d'études techniques sur des sujets spéciaux. Le *Bulletin* s'efforce, d'autre part, de suivre de plus près les principales activités entreprises dans le cadre du programme de l'Organisation.

En dehors des périodiques, d'un certain nombre de numéros nouveaux dans la *Série de Monographies* et la *Série de Rapports techniques*, et de Suppléments du *Bulletin*, l'OMS a publié pendant l'année un recueil de normes applicables aux insecticides (en feuillets mobiles), le CODEPID et la première édition du *Répertoire mondial des Ecoles de Médecine*.

A partir de 1954, les volumes du *Recueil international de Législation sanitaire* correspondront aux années civiles, un numéro devant être publié au début de chaque trimestre. A cette fin, on a groupé cinq numéros dans le volume 4. En 1953 ont paru deux études de législation sanitaire comparée, l'une sur les « Maladies transmissibles dans les établissements d'enseignement », l'autre sur les « Soins infirmiers ». Celle-ci a fait l'objet d'un tirage à part en vue d'une plus grande diffusion, notamment auprès des personnalités inscrites au Tableau d'experts des Soins infirmiers et auprès des participants à des conférences consacrées à cette question. A la fin de l'année, une étude comparée sur la législation concernant la lèpre était sous presse et la préparation d'une autre étude sur la vaccination antivariolique était très avancée. Il serait certainement souhaitable que chaque numéro trimestriel du *Recueil* renfermât une étude de législation sanitaire comparée, mais les difficultés pratiques sont considérables, d'autant plus qu'il faut rechercher, obtenir et utiliser une documentation rédigée dans un grand nombre de langues très différentes.

Outre les numéros habituels de la *Série des Actes officiels* ont paru la sixième édition du *Recueil des Documents fondamentaux* et la deuxième édition du *Recueil des Résolutions et Décisions*, ce dernier avec un index.

Traduction

En raison du volume exceptionnellement important des traductions demandées pendant l'année, certains documents ont dû être distribués sans que la traduction ait pu être revisée. Au cours du dernier trimestre de 1953, il a fallu engager quatre traducteurs temporaires pour faire face au surcroît de travail.

Bibliothèque et documentation

Depuis que la salle de lecture de la Bibliothèque a été transférée dans l'aile du secrétariat du Palais des Nations, elle est utilisée beaucoup plus qu'auparavant par le Secrétariat du Bureau du Siège, par les consultants et par les spécialistes de passage à l'OMS. Des bibliothécaires médicaux venus de nombreuses régions du monde, et dont certains sont attachés à des bibliothèques médicales et scientifiques de premier plan, ont récemment visité la bibliothèque de l'OMS pour se rendre compte des ressources dont elle dispose et pour discuter de problèmes techniques. En 1953, trois boursiers étudiant la bibliothéconomie médicale ont travaillé à la Bibliothèque de l'OMS pendant une partie de leur stage.

Au cours de l'année, une liste annotée des « Index et périodiques analytiques courants sur les sciences médicales et biologiques » a été publiée sous forme de supplément des *Nouvelles de la Bibliothèque*. L'établissement de cette liste, qui contient 179 titres, représente un premier effort pour faire mieux connaître les ressources qu'offre la Bibliothèque de l'OMS et les renseignements qu'on y peut trouver.

L'OMS était représentée au Ier Congrès international sur les Bibliothèques médicales, qui s'est tenu à Londres en juillet, et elle a présenté une communication sur l'Organisation Mondiale de la Santé et les bibliothèques médicales.

CHAPITRE 9

INFORMATION

Il a été possible, cette année, de satisfaire dans une large mesure, et sans accroissement de dépenses, aux demandes toujours plus nombreuses de renseignements sur l'Organisation.

Une innovation importante a consisté à diffuser des informations qui ne portent plus sur la seule activité de l'OMS, mais décrivent objectivement les problèmes sanitaires eux-mêmes et plus spécialement les efforts entrepris, sur le plan national comme sur le plan international, pour les résoudre.

Cette formule a été bien accueillie. Elle a été mise en pratique par la mission d'information, organisée sur l'initiative de l'OMS, qui a visité durant les mois d'octobre et de novembre cinq pays de la Région de la Méditerranée orientale, sous les auspices communs de l'UNESCO, du FISE et de l'OMS. Cette mission, qui comprenait un journaliste indépendant, un photographe et deux spécialistes de la radiodiffusion, a contribué efficacement — ainsi que l'avait fait en 1951-1952 l'équipe envoyée dans l'Asie du Sud-Est — à stimuler l'intérêt des populations à l'égard des problèmes sociaux et sanitaires. Au nombre des avantages que présente l'envoi de missions de ce genre, il y a notamment les suivants :

1) elles font connaître de façon objective et sous un angle nouveau l'aspect humain des efforts poursuivis par les organisations internationales dans les différents pays ;

2) elles assurent une diffusion très satisfaisante de la documentation, grâce aux relations étroites que leurs membres entretiennent avec la presse, les réseaux de radiodiffusion et les agences de documentation photographique ;

3) elles n'entraînent pas de dépenses considérables pour les organisations internationales, car les membres de la mission sont habituellement rétribués par les publications périodiques et par les institutions dont ils ont été momentanément détachés.

La mission, qui est patronnée par plusieurs institutions, est à même de faire comprendre aux personnes qui, dans les pays visités, s'occupent spécialement de l'information et de la propagande, la façon dont les diverses organisations des Nations Unies collaborent aux activités d'assistance technique.

Dans l'ensemble, la production des documents relatifs aux programmes de consultations et de démonstrations de l'OMS dans le domaine de l'assistance technique s'est accrue durant l'année ; et cela bien qu'il soit souvent difficile d'obtenir de techniciens que leur travail accapare entièrement et qui, à quelques exceptions près, sont peu familiarisés avec l'usage des moyens d'information, une relation vivante des activités auxquelles ils participent dans les divers pays.

Des fonctionnaires de l'information ont été affectés durant l'année aux Régions européenne et africaine, de sorte que les six bureaux régionaux disposent actuellement de services d'information très actifs travaillant en liaison les uns avec les autres ainsi qu'avec la division correspondante du Siège.

Presse

En plus des 300 communiqués de presse du type courant que le Bureau du Siège et les bureaux régionaux ont diffusés dans le monde durant l'année, une série d'articles spéciaux ont été distribués ; sous la signature d'experts de l'OMS, ils ont fait connaître au grand public un certain nombre d'importants problèmes de santé ainsi que les progrès les plus récemment réalisés dans les techniques sanitaires. Plusieurs articles de cette série ont été reproduits, souvent intégralement, dans la presse d'information et dans les journaux et revues spécialisés.

Les nombreuses demandes de renseignements et de documentation émanant des rédacteurs en chef des publications les plus diverses attestent l'intérêt croissant porté aux problèmes de la santé mondiale. Cet intérêt se reflète également dans les coupures de journaux des différents pays reçues par le Bureau du Siège et les bureaux régionaux, bien que ces coupures ne constituent qu'un choix représentatif. Les communiqués de presse de l'OMS bénéficient maintenant d'une large diffusion : des sondages ont été effectués à ce sujet dans 13 pays d'Europe où paraissent 20.000 journaux quotidiens et périodiques. D'après l'un de ces sondages, qui n'a porté que sur 100 périodiques, les articles publiés sur la célébration de la Journée mondiale de la Santé totalisaient, à eux seuls, 300.000 mots.

OMS Nouvelles

Afin de répondre, sans augmentation de frais, au nombre toujours croissant de demandes concernant le journal mensuel *OMS Nouvelles*, il a été décidé d'imprimer cette publication suffisamment à l'avance, de sorte qu'il n'est plus nécessaire maintenant d'en expédier de grandes quantités par avion. Une écono-

mie supplémentaire a été réalisée à la fin de 1953 : la publication de l'édition en langue anglaise sera centralisée à Genève au lieu d'être répartie, comme c'était le cas jusqu'ici, entre Genève et Washington. L'augmentation de tirage qui résultera de cette centralisation permettra de recourir désormais à l'impression, moins coûteuse, sur rotative.

La diffusion actuelle de *OMS Nouvelles* pourrait être très largement et utilement accrue, mais non sans une dépense supplémentaire. Cette publication a ouvert ses colonnes à d'éminentes autorités nationales et les exposés publiés par elles sur l'évolution de la santé publique dans leurs pays respectifs ont suscité un vif intérêt.

Radio et télévision

Les relations avec d'importants services nationaux de radiodiffusion ont été développées. La British Broadcasting Corporation a introduit dans ses divers programmes destinés aux Iles britanniques, à l'Europe et aux pays d'outre-mer, plusieurs séries de causeries consacrées aux travaux de l'OMS. Des stations françaises, suisses et belges diffusent des exposés en utilisant la documentation recueillie par la mission qui s'était rendue en Asie en 1951 ; [1] des émissions destinées aux écoles et portant sur des questions relatives à l'OMS ont été organisées en Belgique, aux Pays-Bas ainsi que dans la République fédérale d'Allemagne. Le poste de radiodiffusion des Nations Unies à Genève consacre, deux fois par semaine, un quart d'heure à des informations sur les activités de l'OMS.

Dans certaines occasions spéciales, telles que les sessions de l'Assemblée Mondiale de la Santé et du Conseil Exécutif, ou le départ de Genève de la mission d'enseignement médical envoyée par l'OMS dans l'Inde, des informations ont été diffusées sur ondes courtes spéciales entre Genève et le poste de radiodiffusion des Nations Unies à New York.

Dans le domaine de la télévision, la BBC a utilisé les films produits par l'OMS — « Quelque part dans l'Inde » et « Mieux vaut prévenir » — et a diffusé des programmes spéciaux sur les projets mis en œuvre par l'OMS dans différents pays.

Photographies et films

Un service a été créé au Siège pour la production et la distribution des photographies, et les archives photographiques ont été réorganisées. Il a été ainsi possible de porter de 200 à 1.000 le nombre des photographies distribuées chaque mois et empruntées à une collection de documents photographiques qui comprend actuellement 4.000 unités.

Les services de la photothèque ont été utilisés pour la production de quatre bandes fixes sur des travaux de l'OMS dans la lutte antipaludique et antituberculeuse, dans les campagnes de masse contre les tréponématoses et en matière de soins destinés aux enfants prématurés.

Les films constituent incontestablement un moyen d'information des plus efficaces, mais c'est généralement aussi l'un des plus coûteux. L'OMS a néanmoins pu produire durant l'année un film documentaire de dix minutes sur les travaux du groupe d'étude qui s'était rendu, ce printemps, au Danemark pour y visiter les services d'hygiène scolaire. Ce film, intitulé « Mieux vaut prévenir », est principalement destiné à être télévisé en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique.

L'OMS a collaboré également avec la Division du Cinématographe et de l'Information visuelle de l'Organisation des Nations Unies et avec l'UNESCO à la production de films sur des projets sanitaires internationaux, y compris les programmes de lutte contre la rage, la tuberculose et le pian qui ont bénéficié de l'aide de l'OMS. Le film de l'UNESCO « World Without End », qui montre le rôle essentiel de l'action sanitaire internationale dans la création d'un monde nouveau, a remporté un très grand succès lors de sa présentation en 1953 au festival du film d'Edimbourg, et il a été fréquemment projeté depuis lors.

Expositions

Une nouvelle exposition itinérante a pu être organisée en 1953 à peu de frais grâce à un procédé, inventé par une firme britannique, qui permet de reproduire rapidement les tableaux et les panneaux (15 au total) dans le format désiré et avec la couleur ou la langue choisies. Les premières séries de ce matériel d'exposition ont été établies en anglais, en français et en espagnol et on se propose de les faire circuler dans les différentes Régions, sous le contrôle des fonctionnaires régionaux de l'information.

L'OMS a collaboré avec d'autres institutions des Nations Unies à la production d'un important matériel documentaire, préparé sous la direction de l'UNESCO et destiné à l'exposition organisée dans l'Etat d'Israël, sous le titre « La conquête du désert » ; il s'agissait de faire connaître les progrès récemment réalisés dans les méthodes scientifiques, économiques et sociales utilisées pour le développement des régions désertiques. Une partie de ce matériel doit pouvoir être utilisé pour des expositions dans d'autres pays en 1954.

Des expositions ont été préparées également pour la première conférence mondiale sur l'enseignement de la médecine qui s'est tenue à Londres, ainsi que pour la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, à Genève.

Journée mondiale de la Santé

« La Santé est d'or », tel était le thème choisi pour la Journée mondiale de la Santé en 1953 ; les administrations sanitaires, tant nationales que locales, ont très bien su la mettre en valeur, dans des pays de niveaux économiques différents, pour rendre

[1] *Actes off. Org. mond. Santé*, **38**, 60

tangible au grand public la corrélation étroite qui existe entre la santé et la prospérité. Chaque année voit s'accroître le nombre de pays où les organisateurs locaux rivalisent de zèle et d'ingéniosité pour célébrer la Journée mondiale de la Santé par des manifestations appropriées ; de plus en plus, on tend à utiliser, à côté de la documentation de base fournie par l'OMS, du matériel produit sur place et répondant aux besoins particuliers du pays.

Le Conseil Exécutif a suggéré, lors de sa douzième session (résolution EB12.R17), de choisir pour la Journée mondiale de la Santé de 1954 un thème évoquant le rôle des services infirmiers dans la santé publique. On a donc adopté le thème « L'infirmière, militante de la santé », particulièrement indiqué pour cette année 1954 qui marque le centenaire de l'œuvre inaugurée par Florence Nightingale pendant la guerre de Crimée.

CHAPITRE 10

QUESTIONS D'ORDRE CONSTITUTIONNEL, FINANCIER ET ADMINISTRATIF

Questions d'ordre constitutionnel

Membres de l'Organisation

Le Népal a été admis par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé comme Membre de l'Organisation et a déposé, le 2 septembre 1953, son instrument d'acceptation de la Constitution auprès du Secrétaire général des Nations Unies. D'autre part, la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé a décidé (résolution WHA6.37) d'étendre à la zone du Protectorat espagnol au Maroc les effets de l'admission du Maroc en qualité de Membre associé (de telle sorte que cette admission vise maintenant à la fois la zone française et la zone espagnole) et s'est félicitée de voir la Chine reprendre sa participation active aux travaux de l'OMS. Le Yémen est devenu Membre de l'Organisation le 20 novembre en signant la Constitution.

Les Membres de l'Organisation sont maintenant au nombre de 84 [1] (dont trois Membres associés). Une liste complète des Membres et des Membres associés figure à l'annexe 1.

Bureau régional de l'Afrique : Accord avec le Gouvernement de la France (pays hôte)

Par la résolution WHA6.39, la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé l'Accord avec le Gouvernement de la France (pays hôte),[2] signé le 1er août 1952 pour le compte du Gouvernement français et le 23 juillet 1952 par l'OMS, ainsi que l'échange de notes s'y rapportant. L'Accord définit la situation juridique, les privilèges et les immunités de l'Organisation et de son personnel en ce qui concerne le Bureau régional de l'Afrique, à Brazzaville, ainsi que les dispositions de caractère régional prises par l'Organisation dans les territoires français ou administrés par la France dans la Région africaine.

Adhésions à la Convention sur les Privilèges et Immunités

Deux pays ont respectivement adhéré à la Convention sur les Privilèges et Immunités des Institutions spécialisées, la Belgique le 1er mai (avec des réserves) et l'Equateur le 7 juillet 1953, ce qui porte à 18 le nombre des Etats Membres qui ont adhéré à cette Convention (certains avec des réserves) : Autriche, Belgique, Chili, Danemark, Egypte, Equateur, Guatemala, Haïti, Inde, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Philippines, Royaume Hachimite de Jordanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède et Yougoslavie.

Questions d'ordre financier

Fonds de l'assistance technique

L'une des principales difficultés auxquelles l'Organisation s'est heurtée en 1953 a été la réduction imprévue des fonds afférents au programme élargi d'assistance technique, qui ont été ramenés à quelque cinq millions de dollars, alors que le coût des programmes projetés s'élevait à neuf millions et demi environ. Au cours de sa onzième session, en janvier 1953, le Conseil Exécutif a examiné la sérieuse situation financière ainsi créée et a décidé (résolution EB11.R57.4) qu'il devrait être tenu compte de toutes les ressources disponibles — crédits du budget ordinaire et fonds de l'assistance technique — pour la réalisation des projets de l'Organisation en 1953. Le Directeur général a, en conséquence, prévu l'affectation de ces ressources aux programmes déjà en cours d'exécution, afin que les résultats acquis ne fussent pas compromis. De son côté, le Conseil d'administration du FISE a accepté que le FISE prenne à sa charge certaines dépenses afférentes au personnel affecté aux opérations dans les pays, afin que l'exécution des projets mixtes puisse se poursuivre.

Au cours du deuxième semestre de 1953, le Bureau de l'Assistance technique a constaté que les fonds disponibles au titre de l'assistance technique étaient encore plus restreints qu'on ne le pensait lorsque le Conseil Exécutif avait été informé de la situation, et la somme réservée à l'OMS a été ramenée de cinq millions de dollars à $4.593.000. Ce fait a

[1] Ce chiffre comprend neuf Membres inactifs.

[2] *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 192

naturellement eu des répercussions profondes sur l'ensemble du programme de l'Organisation ; celle-ci s'est vue contrainte de reconsidérer et de réaménager l'emploi des ressources dont elle disposait tant au titre du programme ordinaire qu'au titre du programme élargi d'assistance technique, afin d'éviter une réduction brutale et soudaine de ses activités à la fin de l'année.

Après l'expérience de 1953, conséquence de l'incertitude qui régnait, au début de l'année, quant au montant des fonds de l'assistance technique, et conséquence également du problème financier qui s'est posé dès que la réduction draconienne des fonds accordés devint effective, il apparaît nécessaire d'étudier de très près si l'OMS doit continuer, comme l'y avait autorisée le Conseil Exécutif, à utiliser presque indifféremment les crédits du budget ordinaire et les fonds de l'assistance technique pour le financement des projets dans les divers pays.

Budget de 1953

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé avait approuvé un budget de $9.832.754 pour 1953 : les contributions dues par les Membres inactifs se sont élevées à un total de $1.347.659, aussi le budget effectif pour l'exercice en question a-t-il été fixé à $8.485.095.[3]

L'annexe 10 indique la répartition des crédits votés pour 1953 entre les diverses activités de l'Organisation, ainsi que les virements que le Directeur général a opérés, avec l'approbation du Conseil Exécutif, entre les sections de la résolution portant ouverture de crédits.

Le montant exact des dépenses de 1953 ne sera connu que lorsque les comptes de l'exercice auront été clos. Il figurera dans le Rapport financier, qui sera soumis, en même temps que le rapport du Commissaire aux Comptes, à la Septième Assemblée Mondiale de la Santé.

Versements reçus, barème des contributions et fonds de roulement

La rentrée des contributions dues pour 1953 a été très satisfaisante. D'autre part, les versements effectués en 1953, au titre des contributions arriérées, se sont traduits par un solde de caisse d'environ $543.000 au compte d'attente de l'Assemblée et par le remboursement, au fonds de roulement, des sommes qui lui étaient encore dues pour les avances de 1948, 1949 et 1950. L'état des contributions au 31 décembre 1953 figure à l'annexe 11.

[3] *Actes off. Org. mond. Santé*, **42**, 19 (résolutions WHA5.8 et WHA5.9)

Les dispositions prises afin de permettre aux Etats Membres d'acquitter en livres sterling une partie de leurs contributions ont donné des résultats très satisfaisants et resteront applicables en 1954.

Lorsqu'elle a fixé les contributions de 1954, la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le même barème et les mêmes dispositions que pour 1953 (mais avec l'adjonction rendue nécessaire par l'admission d'un Membre nouveau, le Népal). De plus, elle a autorisé le Conseil à poursuivre son étude du barème des contributions et à faire rapport à la Septième Assemblée Mondiale de la Santé. Après avoir examiné les propositions du Gouvernement chinois relatives à sa contribution financière, l'Assemblée de la Santé a, par la résolution WHA6.6, maintenu la contribution de la Chine à 720 unités, mais elle a décidé d'accepter le paiement d'une somme annuelle de $10.000 jusqu'à ce que la situation financière de ce pays se soit améliorée, ainsi que le versement de l'équivalent de $125.000 qui viendraient en déduction des arriérés dus à l'Organisation. Cette question devrait être réexaminée en 1954 par le Conseil Exécutif et par l'Assemblée de la Santé.

Par la résolution WHA6.29, la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé a décidé de maintenir, en 1954, le fonds de roulement au même montant qu'en 1953 et d'y ajouter les avances des pays qui deviendraient Membres après le 30 avril 1953. Plusieurs autres Membres ont versé leurs avances au fonds de roulement pendant l'année et, au 31 décembre, trois Membres actifs seulement (dont les deux nouveaux Membres, le Népal et le Yémen) étaient encore redevables d'une partie de leur contribution. L'état des avances versées au fonds de roulement figure à l'annexe 11.

Vignettes de l'OMS

En 1951, la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé avait approuvé l'émission de vignettes de la santé mondiale et avait créé un fonds spécial à cet effet (voir résolution WHA4.48). Onze pays ont participé à la première campagne de vente de vignettes en 1952 (Afghanistan, Cambodge, Corée, Inde, Indonésie, Israël, Laos, Panama, Thaïlande, Viet-Nam et Yougoslavie) et sept à la campagne de 1953 (Afghanistan, Birmanie, Inde, Laos, Portugal, Suède et Viet-Nam). Deux pays (le Laos et le Viet-Nam) prendront part à la campagne de 1954.

Les gouvernements ayant été assez lents à informer l'OMS du montant des recettes perçues, l'Organisation ne possède pas encore de renseignements complets pour 1952. Il est, toutefois, évident que les recettes seront inférieures aux prévisions ; le produit des ventes aux collectionneurs a été minime.

Questions d'ordre administratif

Structure du Secrétariat et personnel

Une seule modification a été apportée en cours d'année à la structure du Secrétariat du Siège. Dans le Département des Services techniques centraux, l'achèvement du CODEPID a permis de supprimer la Section des Services technologiques, qui faisait partie de la Division des Services d'Epidémiologie et de Statistiques sanitaires. Les autres activités de cette section ont, avec le personnel correspondant, été transférées à la Section de la Quarantaine internationale, dans la même division. L'annexe 12 indique l'organisation du Secrétariat du Siège.

La structure des bureaux régionaux n'a pas subi de changements notables.

Par suite de la réduction des fonds de l'assistance technique (voir page 62 et chapitre 18), l'augmentation de l'effectif du personnel a été très faible en 1953 et a porté presque exclusivement sur le personnel en mission.

La répartition géographique du personnel est restée sensiblement la même. On trouvera dans les annexes 14 et 15 des indications détaillées sur la composition du Secrétariat et, à l'annexe 13, la liste des fonctionnaires supérieurs.

Collaboration avec l'Organisation des Nations Unies dans les questions de personnel

Par l'intermédiaire du Comité administratif de Coordination, l'OMS a accepté une formule qui sera utilisée en 1954 pour répartir, entre les institutions intéressées, les frais d'administration de la Caisse commune des Pensions du Personnel. La Cinquième Commission de l'Assemblée générale des Nations Unies a recommandé, lors de sa huitième session, qu'après 1954 la Caisse prenne elle-même ces dépenses à sa charge.

En 1953, le Comité administratif de Coordination a poursuivi l'étude de la création éventuelle d'une caisse mixte pour le versement d'indemnités en cas de décès ou d'invalidité survenus, en cours de service, dans le personnel des organisations internationales. Le comité a, d'autre part, étudié les points suivants : revision annuelle des indemnités journalières accordées au cours des voyages en mission ; ajustements en raison du coût de la vie ; indemnités de résiliation ; stages ; âge de la retraite et définition des personnes à charge. Des recommandations communes ont été adressées au Bureau de l'Assistance technique des Nations Unies en ce qui concerne l'assurance-maladie des boursiers et la protection sociale et médicale des experts.

Locaux du Siège

Les questions relatives à l'agrandissement du Palais des Nations en vue de fournir des bureaux pour le Siège de l'OMS sont sur le point d'être réglées. Il est maintenant possible, bien que l'Organisation des Nations Unies n'ait pas encore communiqué les comptes définitifs, de se faire une idée assez précise des dépenses (y compris les transformations intérieures et les dépenses administratives).

Sous réserve de rectifications éventuelles après réception des comptes définitifs, ces dépenses s'élèveront à un total d'environ Fr. s. 4.430.000. La Confédération Suisse ayant pris à sa charge Fr. s. 3.000.000, le solde devant être versé par l'OMS sera d'environ Fr. s. 1.430.000.

Les Quatrième et Cinquième Assemblées Mondiales de la Santé avaient approuvé, à cet effet, des crédits d'un montant total de Fr. s. 1.571.681,75, il restera donc un solde non utilisé d'environ Fr. s. 141.700, qui sera viré au compte d'attente de l'Assemblée lorsque les chiffres définitifs seront connus.

Le montant exact des dépenses afférentes à l'agrandissement du Palais des Nations et les économies réalisées sur les crédits votés par les Assemblées de la Santé seront indiqués dans le Rapport financier de 1953, qui sera publié sous forme de supplément au présent volume.

Sièges des Bureaux régionaux de l'Europe et de l'Afrique

Au cours de leurs sessions de septembre, les Comités régionaux de l'Europe et de l'Afrique ont étudié la question de l'emplacement de leurs bureaux régionaux respectifs. Les recommandations du Comité régional de l'Europe devaient être examinées par le Conseil Exécutif lors de sa treizième session. Quant au Comité régional de l'Afrique, il a créé un comité spécial chargé d'étudier les causes des difficultés auxquelles se serait heurté l'établissement d'un bureau régional en Afrique et de faire rapport à ce sujet.

Fournitures de bureau

Depuis le début de 1953, l'OMS groupe ses achats de fournitures standardisées de bureau avec ceux de l'Organisation des Nations Unies et des autres institutions spécialisées ayant leur siège à Genève, afin de bénéficier des réductions de prix que permettent les achats en gros. Depuis le 1er octobre, l'Organisation des Nations Unies se charge de l'achat et de la distribution des fournitures en question. L'OMS n'emploie plus de personnel à cette fin.

PARTIE II

LES RÉGIONS

CHAPITRE 11

RÉGION AFRICAINE [1]

Situation en Afrique

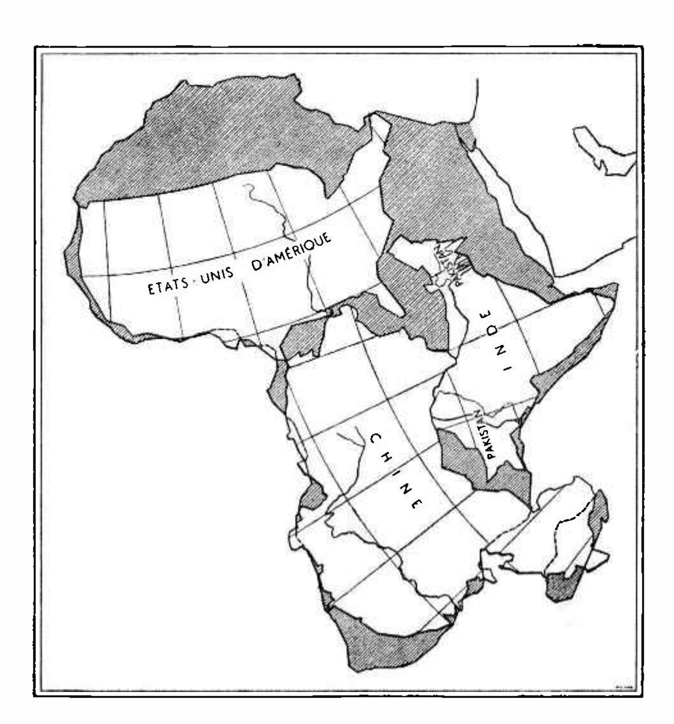
La situation évolue rapidement, mais le continent africain demeure très différent de ceux où la civilisation repose depuis des années sur le développement de la technique. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la carte reproduite sur cette page pour se convaincre de l'immensité de l'Afrique, qui est en fait un continent hétérogène, dont les centaines de populations, complètement séparées aujourd'hui encore par les distances et les difficultés de communication, diffèrent par leur civilisation, leurs coutumes et leurs idéals, vivent sous des climats très variés et possèdent des traditions économiques dissemblables.

C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de l'Afrique, toute généralisation serait difficile et fallacieuse ; toutefois, dans la plupart des pays de la Région, le village africain demeurera, pendant longtemps encore, le centre de la plupart des problèmes sanitaires. Dans le village, le sens de la collectivité est primordial ; les objectifs sanitaires ne sont pas admis s'ils s'opposent aux fins visées par la collectivité dans son ensemble et ne peuvent contribuer à leur réalisation.

C'est donc le village et non la « nation » qui constitue l'unité pour laquelle les programmes doivent être conçus ; les plans doivent tenir compte des coutumes locales et de la civilisation particulière de la population, et les méthodes s'inspirant de l'expérience acquise dans d'autres pays ne doivent être employées qu'avec prudence ; il faut toujours être prêt à enregistrer les réactions imprévues des habitants et à abandonner ou à modifier rapidement, selon les conditions et l'ambiance locales, les principes mis en œuvre au début. Il convient également de ne pas perdre de vue que l'esprit de tradition et de conservation qui est la règle dans de nombreuses parties du globe et qui est essentiel pour le fonctionnement efficace d'une administration publique quelconque fait encore défaut dans la plupart des régions de l'Afrique.

C'est pourquoi il est rare que de vastes campagnes de lutte contre la maladie puissent être entreprises avec quelque chance de succès général. Il est sans doute préférable d'encourager des projets sanitaires restreints, que la population elle-même pourra, un jour, reprendre et poursuivre : par exemple, la création de centres où les Africains seront, dans toute la mesure du possible, instruits et formés par d'autres Africains qualifiés et d'où les idées nouvelles pourront se répandre. A vouloir aller trop vite, on ne gagnera rien ; il est indispensable, avant de chercher à appliquer un plan quelconque, de procéder à des études et à des recherches approfondies. Des erreurs ont déjà été commises et ne devraient pas se répéter.

CARTE 2



La surimpression, à la même échelle, des cartes de la Chine, de l'Inde, du Pakistan et des Etats-Unis d'Amérique donne une idée de l'immensité du continent africain.

En Afrique, l'OMS, avec la coopération des services sanitaires existants, dont certains ont déjà de longues années d'expérience, doit, donc se fixer les tâches préliminaires suivantes : chercher à connaître les idées de la population sur la nature et l'origine des

[1] Cette Région se compose des parties de l'Afrique qui ne sont pas comprises dans la Région de la Méditerranée orientale ou dans les territoires français de l'Afrique du Nord. Elle a été délimitée par la Première Assemblée Mondiale de la Santé (voir *Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330). Conformément à la résolution WHA6.46, les territoires suivants ont été provisoirement rattachés à cette Région : Ascension, île Maurice, Maroc (zone espagnole), Sahara espagnol et ses dépendances, Sainte-Hélène, Seychelles, Somalie britannique, Tristan da Cunha et Zanzibar.

maladies et les raisons pour lesquelles elle a adopté certaines méthodes en vue de les combattre ; persuader les autochtones qu'ils peuvent tirer profit des nouvelles techniques et des découvertes de la science ; enseigner à leurs chefs les méthodes applicables du point de vue économique ; favoriser la formation des Africains, en particulier en médecine (envisagée notamment dans ses rapports avec les conditions sociales et économiques) et du génie sanitaire et, dans l'intervalle, choisir et former des médecins non africains qui puissent aider au développement du continent ; coordonner les activités sanitaires existantes et prévenir les inconvénients qui peuvent résulter de la révolution industrielle actuellement en cours. Le Bureau régional a déjà accompli une première étape dans cette voie.

Comité régional

Le Comité régional a tenu sa troisième session à Kampala (Ouganda) du 21 au 25 septembre. Des représentants de la Belgique, de la France, du Libéria, du Portugal, de la Rhodésie du Sud et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont pris part à cette réunion, ainsi que des observateurs du FISE et de quatre organisations non gouvernementales ; le Directeur général de l'OMS était également présent. L'Espagne et l'Union Sud-Africaine n'étaient pas représentées à cette session, dont le Gouvernement de l'Ouganda a contribué par tous les moyens à assurer le succès.

Le Comité régional a approuvé, sous réserve d'amendements secondaires, le programme et le budget de 1954 revisés ainsi que le projet de programme et de budget pour 1955. Après avoir étudié le rapport du Directeur régional, il a adopté des résolutions invitant le Directeur régional à poursuivre la politique de collaboration étroite avec la Commission de Coopération technique en Afrique au sud du Sahara (CCTA, commission intergouvernementale); instituant un comité composé de quatre représentants de gouvernements de la Région et chargé de rechercher les causes des difficultés rencontrées dans la création d'un bureau régional en Afrique, et de présenter le plus tôt possible au Comité régional un rapport accompagné de recommandations tendant à améliorer la situation ; priant le Directeur régional d'indiquer à l'avenir dans son rapport tous les projets offrant une possibilité d'action commune de la part de plusieurs pays ou territoires de la Région ; invitant le Directeur régional à consulter les administrations sanitaires de la Région en vue d'établir si l'OMS peut fournir une aide supplémentaire pour les campagnes de vaccination antivariolique ; recommandant la nomination, en 1954, d'un Directeur régional adjoint.

D'autre part, le Comité régional a recommandé notamment que les frais de voyage des délégués participant à ses réunions ne soient pas à la charge de l'Organisation ; que les réunions du Comité régional comportent, chaque année, des discussions techniques sur la question examinée au cours de la précédente Assemblée de la Santé, et que ses quatrième et cinquième sessions aient lieu respectivement à Léopoldville (Congo belge) et à Tananarive (Madagascar).

Bureau régional

Le personnel du Bureau régional a été légèrement renforcé ; toutefois, on s'en est tenu au principe qui consiste à ne prévoir au Bureau qu'un personnel restreint et à envoyer la plupart des fonctionnaires de la santé publique et des autres membres du personnel technique dans les divers pays de la Région. Les chefs des sections techniques du Siège de Genève ont continué à remplir les fonctions de conseillers techniques pour la Région et ce système a donné satisfaction. Le groupe des fonctionnaires sanitaires régionaux comprend seulement des spécialistes de la santé publique, un ethnologue et un ingénieur sanitaire. Ce groupe, travaillant en étroite coopération, élabore les plans et donne des directives au personnel opérant dans les divers pays, de façon que les méthodes employées pour l'amélioration de la santé ne heurtent pas les coutumes et les conditions de vie locales, mais contribuent au bien-être social et mental de la population aussi bien qu'à la lutte menée contre la maladie.

L'ethnologue est arrivé en janvier ; un fonctionnaire de la santé publique a rejoint son poste en août et assiste le Directeur régional ; un autre fonctionnaire de la santé publique, qui se trouvait précédemment à Monrovia, a pris ses fonctions à Brazzaville en novembre pour s'occuper de la zone occidentale d'Afrique, tandis qu'un troisième restait affecté aux activités pratiques, principalement dans la zone orientale.

Au mois de mars, le Directeur régional, accompagné du Directeur général du Service de Santé de l'Afrique-Equatoriale française, a visité le territoire du Tchad ; à deux reprises, pendant l'année, il s'est rendu à Paris auprès des autorités françaises et une fois également à Londres auprès des ministères compétents. L'ingénieur sanitaire s'est rendu au Libéria et dans la Côte de l'Or et a fait plusieurs voyages dans la Nigeria ; quant à l'inspecteur sanitaire, qui avait été d'abord affecté à Monrovia, il a été transféré aux Seychelles. L'ethnologue s'est rendu au Cameroun français et dans la Nigeria et le fonctionnaire de la santé publique pour la zone orientale a fait, au début de l'année, une visite en Somalie britannique et accompli, avec le principal représentant du FISE pour l'Afrique, un voyage d'assez longue durée dans les territoires de l'Afrique orientale et de l'Afrique méridionale.

Activité dans la Région

La publication de la monographie de l'OMS *Psychologie normale et pathologique de l'Africain* est le premier résultat concret de l'étude qu'a effectuée

en Afrique, à la fin de 1952, un expert-conseil de l'OMS en matière de psychiatrie et de problèmes psychologiques (voir aussi page 26).

Une autre étude, mentionnée dans le Rapport annuel de 1952, s'est poursuivie au cours de l'année : il s'agit de celle qu'a effectuée un spécialiste des soins infirmiers en vue d'établir quelles sont les catégories de soins infirmiers les plus nécessaires dans les pays de la Région et dans quelle mesure les pays peuvent actuellement faire face aux besoins. L'étude en question a été entreprise pendant le deuxième semestre de 1952 en vue de la conférence régionale africaine sur l'enseignement infirmier, qui s'est tenue à Kampala en septembre (voir page 29).

La deuxième session du Comité d'experts de la Fièvre jaune, qui a eu lieu également à Kampala en septembre, a été surtout consacrée aux délimitations exigées par le Règlement sanitaire international (pour plus de détails, voir page 14).

Au début de l'année, un expert-conseil paludologue de l'OMS, poursuivant une enquête commencée en décembre 1952, a visité la Côte de l'Or et la Nigeria. Une campagne antipaludique a été entreprise par l'administration en Afrique-Occidentale française (dans les territoires de la Haute-Volta et de la Côte-d'Ivoire) ainsi que dans le Togo et le Cameroun sous tutelle française ; elle a été reliée au projet pilote concernant le Cameroun pour lequel l'OMS a accordé une aide. Cette campagne fournit un bon exemple de l'application de plans concertés qui correspondent à la structure administrative locale. Le conseiller principal affecté par l'OMS à l'exécution du projet du Cameroun a parcouru, en novembre et décembre, les autres territoires ; il a recueilli les observations et les suggestions de ses collègues français au sujet de cette campagne et formulé lui-même, le cas échéant, des suggestions fondées sur l'expérience acquise par l'OMS dans d'autres parties du monde. On a pu aboutir à des conclusions utiles quant au type d'équipement qui convient aux régions tropicales d'Afrique et l'on procède actuellement à l'évaluation des catégories et des quantités d'insecticides qui doivent être employées dans ces pays.

Pour le projet pilote, de même que pour la campagne combinée contre le paludisme et le pian au Libéria, il a été difficile de s'assurer la coopération d'équipes homologues satisfaisantes. Au Cameroun comme au Libéria, un technicien de l'assainissement a travaillé avec l'équipe de l'OMS et l'on s'est constamment préoccupé de fonder les projets exécutés sur des principes de santé publique appropriés aux conditions locales. Au Libéria, un nombre considérable d'habitants ont été traités conformément aux plans et l'on a pu déjà recueillir des renseignements très intéressants en matière de météorologie, d'entomologie et de santé publique. Ces deux campagnes se poursuivent de façon satisfaisante, mais d'autres projets qui doivent être exécutés en Afrique avaient seulement commencé ou étaient encore en préparation à la fin de l'année.

En décembre 1952, un expert-conseil de l'OMS spécialiste des tréponématoses est arrivé au terme d'un voyage d'étude en Afrique occidentale et centrale ; d'autres études sont envisagées pour 1954. Il s'agit de déterminer s'il serait possible d'établir un programme coordonné, à long terme, pour la lutte antipianique en Afrique tropicale, qui constitue le plus grand réservoir d'infection du monde (20 à 30 millions de cas). Outre la campagne combinée contre le paludisme et le pian au Libéria, dont on a parlé précédemment, un projet pilote de lutte contre les tréponématoses endémiques a été entrepris au Bechuanaland, et en 1954 commencera dans la Nigeria un projet de lutte contre le pian, grâce auquel on espère obtenir des renseignements utiles pour la conférence internationale sur le pian qui sera convoquée en 1955 en Afrique.

Vers la fin de 1953, un expert-conseil de l'OMS pour la tuberculose a effectué un voyage d'étude en Afrique occidentale et centrale et, au début de 1954, un autre expert accomplira un voyage analogue en Afrique orientale, en Afrique méridionale ainsi que dans les îles. Ces visites, effectuées à la demande de divers pays, permettent de réunir les renseignements nécessaires pour décider de la forme d'assistance que doit accorder l'OMS en vue de la lutte antituberculeuse et d'établir si la tuberculose constitue effectivement, dans différentes parties du continent, un problème de plus en plus inquiétant, comme l'indiquent certains rapports. Des études sur le BCG ont déjà été entreprises par les administrations sanitaires de certains pays ; les résultats, lorsqu'ils auront été examinés, compléteront les renseignements recueillis au cours des voyages d'étude.

Vers la fin de 1953, un spécialiste de l'OMS en matière de statistiques démographiques et sanitaires a commencé une série de visites dans quelques pays d'Afrique afin de rencontrer des statisticiens des administrations locales, de discuter avec eux les problèmes qu'ils ont à résoudre et de donner des conseils au personnel de l'OMS affecté à l'exécution de projets.

En avril, un expert-conseil s'est rendu dans l'île Maurice pour donner des avis sur un projet de campagne de vaccination contre la coqueluche et sur le type de vaccin le plus indiqué. Cette campagne est amorcée actuellement par le Gouvernement au moyen de vaccin fourni par le FISE.

L'ethnologue a discuté avec les administrations sanitaires de certains pays d'Afrique la question des enquêtes sur la santé publique que ces pays désirent voir entreprendre par l'OMS sur la base d'investigations socio-ethnologiques préliminaires. Des enquêtes de ce genre ont été commencées dans les territoires français et belges de l'Afrique ; l'une d'elles, par exemple, vise à déterminer la nature, les causes et les effets des réactions des populations africaines à l'emploi du lait écrémé en poudre fourni par le FISE ; une autre enquête a pour objet de découvrir les causes d'une consommation apparemment anormale de produits pharmaceutiques, sans

rapport avec les quantités prescrites par les médecins. Des recherches sont en cours pour étudier les réactions et les comportements psychologiques des Africains à l'égard des sciences médicales modernes et pour évaluer les possibilités, la valeur ou l'inefficacité des thérapeutiques et des remèdes empiriques que la population emploie actuellement.

En 1953, 27 bourses d'études imputées sur le budget ordinaire ont été attribuées à des candidats de la Région.

Collaboration avec d'autres institutions et avec les services gouvernementaux

Au cours de l'année, les dispositions prises en vue de la collaboration avec d'autres institutions exerçant leur activité dans la Région ont été consolidées. A Brazzaville, les bureaux régionaux de l'OMS et du FISE se trouvent dans le même immeuble, ce qui facilite grandement les échanges d'idées et d'informations qui intéressent les deux organisations. Toutes les fois que cela a été possible, les fonctionnaires du FISE ont été accompagnés, dans leurs tournées, par un fonctionnaire de l'OMS spécialisé en santé publique. La Commission de Coopération technique en Afrique au sud du Sahara et ses bureaux techniques subsidiaires ont continué à coopérer avec l'OMS.

Les plans établis par la Inter-Territorial High Commission comprennent : 1) un projet de lutte antipaludique, élaboré en commun avec l'OMS et le FISE et prévoyant notamment l'évaluation des résultats probables de la suppression de l'infection hypérendémique pour la santé de la population d'une région adjacente à la frontière entre le Kenya et le Tanganyika ; 2) un projet, établi avec l'OMS et visant à étendre le rayon d'action et les activités du East Africa Malaria Unit. En Afrique-Occidentale française et en Afrique-Equatoriale française, les Services mobiles d'Hygiène et de Prophylaxie continuent leur excellent travail en pénétrant de plus en plus à l'intérieur du pays. Dans les territoires belges, le Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance médicale aux Indigènes du Congo belge (FOREAMI) a poursuivi et développé une action très efficace. Un fonctionnaire spécialisé en santé publique a été désigné pour se joindre à la mission que la Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement a envoyée, vers la fin de l'année, dans la Nigeria.

Les crédits dont dispose l'OMS, au titre du budget ordinaire comme au titre de l'assistance technique, sont très réduits en comparaison des ressources offertes par le Fonds belge susmentionné, le Fonds d'investissement pour le développement économique et social des territoires français d'outre-mer, ou des fonds fournis par le Royaume-Uni en vertu du Colonial Development and Welfare Act. Ce fait souligne l'importance du rôle qui incombe à l'OMS dans la coordination des activités de santé publique, ainsi que dans la réunion et l'échange d'informations scientifiques. En Afrique, plus peut-être que dans tout autre continent, la compréhension réciproque et la coopération entre ceux qui exercent leur activité dans le domaine de la santé sont absolument indispensables.

L'information en Afrique

Un contact a été établi avec les services d'information que les divers gouvernements entretiennent dans toute l'Afrique, et des articles sur les activités générales de l'OMS dans le monde entier ont été publiés et diffusés en Afrique par la voie de la presse. Les agences d'information, les journaux et périodiques, professionnels ou non, les bibliothèques scientifiques, les centres d'enseignement et les écoles de médecine recevront des informations concernant les objectifs et les fonctions de l'OMS grâce aux communiqués de presse et à la publication intitulée *OMS Nouvelles*.

La puissante station locale de radiodiffusion de Brazzaville a apporté un précieux concours à la célébration de la Journée mondiale de la Santé, le 7 avril, en diffusant à plusieurs reprises les allocutions du Directeur général et du Directeur régional en français, en anglais et en espagnol.

CHAPITRE 12

RÉGION DES AMÉRIQUES [1]

Problèmes de la Région

Si l'extrême diversité des conditions socio-économiques et sanitaires des pays des Amériques rend difficile l'adaptation des principes généraux d'administration sanitaire, ces difficultés s'amoindrissent au fur et à mesure que les gouvernements nationaux, provinciaux ou locaux se convainquent que le renforcement de leurs services essentiels de santé publique constitue la forme la plus importante d'assistance sanitaire internationale. Il se peut que l'on obtienne ainsi des résultats immédiats moins marqués que par une lutte directe contre la maladie, mais les moyens employés étant mieux adaptés à la situation locale, leur effet sur le développement de programmes sanitaires nationaux judicieusement conçus devrait être plus durable.

Les maladies que l'on pourrait qualifier de « maladies de masse » posent toujours de graves problèmes dans la Région. Les affections gastro-intestinales, le paludisme, la tuberculose, la bilharziose, le pian et l'ankylostomiase sont répandus dans de nombreux secteurs et opposent un obstacle sérieux au progrès social et économique. Pour les combattre, il ne suffit pas d'élaborer de judicieux programmes de santé publique, il importe également d'améliorer d'autres conditions, telles que la nutrition, l'éducation, le milieu économique et social.

La fièvre jaune sylvatique est une source d'infection permanente pour les régions urbaines et sa présence justifie les mesures prises pour l'extirpation de l'*Aëdes aegypti* dans les Amériques.

Une amélioration durable de la santé publique dépend de l'éducation sanitaire de la population. Ce n'est pas chose facile que de modifier l'attitude de populations appartenant à des civilisations et à des traditions diverses ; une aide internationale visant à propager la connaissance des techniques dont le succès est éprouvé, présente, à cet égard, une valeur indéniable.

L'amélioration des conditions sanitaires, notamment dans les régions rurales, demeure une nécessité vitale ; certains aspects de l'action de l'OMS dans ce domaine sont décrits à la page 73.

L'accomplissement d'une œuvre sanitaire nationale ou internationale, pour être efficace, exige le concours d'un personnel convenablement formé. Dans de nombreux pays, il y a pénurie de ce personnel, tant professionnel qu'auxiliaire, aussi la formation de cadres médicaux et paramédicaux est-elle l'une des tâches que peut utilement assumer une organisation sanitaire internationale.

L'expérience, en se renouvelant, rend possible une amélioration des plans des activités de l'OMS, de leur mise en œuvre et de l'examen critique des résultats obtenus. La nécessité de coordonner les travaux des diverses organisations poursuivant une activité sanitaire internationale est devenue urgente au point que le Comité régional a demandé que le problème de ces activités intergouvernementales, dans son ensemble, fît l'objet d'un examen spécial.

Comité régional

La septième session du Conseil de Direction de l'Organisation Sanitaire Panaméricaine, qui était également la cinquième session du Comité régional de l'OMS, a eu lieu du 9 au 19 octobre, à Washington. Les représentants de 15 Etats Membres de la Région étaient présents ; cinq Etats n'étaient pas représentés. La France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, responsables des relations internationales de certains territoires des Amériques, ont également participé aux réunions du Comité régional. Des observateurs de la FAO, du FISE, de l'Organisation of American States et de plusieurs organisations non gouvernementales étaient présents.

Le Directeur général de l'OMS a prononcé une allocution à la séance d'ouverture.

Le Conseil a adopté le programme et le budget de 1954 (US $2.100.000) de l'Organisation Sanitaire Panaméricaine (OSP), dont le financement doit être assuré par les contributions des Membres des Etats de la Région.

Le Conseil, agissant en tant que Comité régional de l'OMS, a approuvé le projet de programme et de budget pour 1955 de la Région des Amériques, qui devait être transmis au Directeur général de l'OMS aux fins d'examen lors de la préparation du budget de 1955.

---

[1] Conformément à la décision de la Première Assemblée Mondiale de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 331), cette Région comprend l'ensemble des Amériques. Les pays suivants de la Région sont Membres de l'OMS : Argentine, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Costa Rica, Cuba, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Guatemala, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République Dominicaine, Salvador, Uruguay et Venezuela. Au cours de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, les îles Falkland et leurs dépendances ainsi que les îles Hawaï ont été rattachées à la Région à titre provisoire (WHA6.46).

Un plan d'ensemble de programmes de santé publique à long terme, fondé sur une étude et une évaluation permanentes des besoins et des ressources des Etats Membres, a été approuvé. Ce plan s'inspire des principes suivants : renforcer les services sanitaires essentiels de chaque pays ; organiser et développer la formation du personnel professionnel et auxiliaire destiné à ces services, fournir une assistance pour l'élaboration et l'exécution des programmes nationaux ou régionaux de lutte contre les maladies transmissibles, et assurer la coordination nécessaire.

A la demande de l'Assemblée Mondiale de la Santé, le Conseil a examiné plusieurs questions. Il a formulé des propositions au sujet d'une campagne mondiale contre la variole ; il a recommandé le remboursement des frais de voyage des représentants participant aux sessions du Comité régional et il a proposé qu'il ne soit pris aucune mesure tendant à modifier, dans le Comité régional des Amériques, les droits et les obligations des Membres associés.

L'Argentine et les Etats-Unis d'Amérique ont été élus par le Conseil pour occuper les sièges devenus vacants au Comité Exécutif, lequel est chargé de préparer le budget annuel qui doit être soumis au Conseil. Les autres membres du Comité Exécutif sont le Brésil, l'Equateur, Haïti, le Mexique et Panama.

Il a été décidé de tenir à Santiago (Chili), en 1954, la Quatorzième Conférence Sanitaire Panaméricaine qui sera également la sixième session du Comité régional. La date exacte sera fixée ultérieurement.

Bureau régional

L'exécution des programmes de l'OMS et du Bureau Sanitaire Panaméricain a pu être assurée d'une manière plus efficace et plus économique. Conformément à la politique selon laquelle certaines responsabilités sont transférées aux bureaux de zone, de nombreux services (questions financières, personnel, budget, voyages, gestion des biens, etc.) sont désormais confiés à des fonctionnaires de zone. Il s'agit de répartir harmonieusement les activités entre les bureaux de zone et le bureau de Washington, de telle sorte que les premiers assurent la liaison directe avec les gouvernements, l'établissement des plans, l'exécution et le contrôle des programmes à l'échelon local et à l'échelon de la zone, tandis que le second est responsable de la coordination et de la préparation générale des programmes et des activités des services.

La structure organique n'a pas subi de modifications importantes mais on s'est efforcé de mettre en application les plans de réorganisation proposés en 1952. Quelques postes essentiels ont été pourvus et les progrès réalisés dans les services de fournitures et d'approvisionnement ont été maintenus. Malgré la pénurie de quelques fournitures essentielles et l'obligation d'utiliser certaines monnaies, le nombre des articles manutentionnés en 1953 a été supérieur à celui de 1952. D'autres progrès ont été réalisés par la présentation d'un budget unique pour le Bureau Sanitaire Panaméricain et le Bureau régional, par la réorganisation des opérations financières, par l'amélioration des méthodes et la mise en service d'un nouveau matériel. Grâce à ces mesures le rendement individuel des employés s'est accru, ce qui a permis non seulement une réduction du personnel mais encore des économies de fournitures, de matériaux, d'équipement et d'espace occupé.

L'incertitude qui régnait au sujet des fonds de l'assistance technique a rendu nécessaire, à plusieurs reprises, un remaniement total du programme et du budget, ce qui a demandé au personnel beaucoup de temps et de travail.

Au cours de l'année, un certain nombre d'expositions, d'une conception originale et illustrant de manière frappante l'œuvre de l'OMS et du BSP, ont fait l'objet de commentaires très favorables lors de la première Conférence nationale des Etats-Unis pour la Santé mondiale, tenue à Washington, lors du VIIe Congrès international de Pédiatrie à La Havane et à l'occasion des expositions organisées au Siège de l'Organisation des Nations Unies, à New York, et dans divers autres endroits de la Région.

Bourses d'études

L'attribution de bourses aux candidats de la Région et le placement des boursiers des Amériques et d'autres Régions ont été poursuivis. En 1953, 121 bourses ont été attribuées au titre du budget ordinaire, 45 au titre de l'assistance technique et 7 ont été imputées sur les fonds du FISE. On trouvera à l'annexe 5 un tableau indiquant les cours internationaux de formation professionnelle qui ont eu lieu dans la Région.

Fonds de l'assistance technique

La brusque réduction des fonds de l'assistance technique a eu pour conséquence une série de compressions, d'ajournements et de suppressions dans le programme de 1953 et des années suivantes. Les ajustements suivants ont été opérés :

1. *Réductions de projets* : En janvier, les projets en cours d'exécution qui avaient déjà fait l'objet d'engagements fermes ont dû être revisés. En retardant le recrutement, en supprimant des postes ou en réduisant le nombre des bourses et les fournitures, il a été possible d'opérer une réduction de l'ordre de $164.000.

2. *Transferts de projets* : Au mois d'avril, 14 des projets d'assistance technique, d'un coût dépassant $200.000, ont été transférés au budget ordinaire de l'OMS, ce qui a entraîné la suppression de projets nouveaux du programme ordinaire de l'OMS. Afin d'assurer la réalisation de certains projets communs OMS/FISE et d'autres projets urgents, l'Organisation Sanitaire Panaméricaine (OSP) a affecté plus de $60.000 à l'exécution de six projets inscrits au programme d'assistance technique.

3. *Ajournements ou suppressions*: Une quarantaine de projets de l'assistance technique, évalués à près de $1.000.000, ont été ajournés d'un ou deux ans, ou complètement abandonnés.

Il est difficile de prévoir les répercussions générales de cette réduction des fonds de l'assistance technique. La simple énonciation des réductions opérées pourrait donner une impression exagérée de leurs effets défavorables sur le programme. Dans les remaniements, on a évidemment donné la priorité aux projets les plus urgents et les plus importants. Les réductions effectuées au début de 1953, bien que très sensibles, ont cependant laissé subsister un programme qui pourra bénéficier d'un contrôle plus rigoureux, par le personnel régional, que le programme tout d'abord envisagé. Le développement régulier du programme ordinaire est plus important que celui d'un programme financé par des contributions occasionnelles. Les réductions proposées pour 1954 ne manqueraient toutefois pas d'atteindre dans ses œuvres vives le programme du Bureau régional.

Aperçu de quelques projets typiques

Formation professionnelle en matière d'assainissement

Le projet régional relatif à l'assainissement a pour objet de former des ingénieurs sanitaires et du personnel auxiliaire de manière à créer un noyau d'agents qui seront appelés à constituer et à renforcer le personnel des administrations nationales et locales de la santé publique. Les écoles de santé publique du Brésil, du Chili et du Mexique reçoivent une aide qui leur permettra de perfectionner leurs cours et de développer leurs installations, afin qu'elles puissent servir à la formation de spécialistes de l'assainissement originaires de tous les pays des Amériques. Ce projet vise à stimuler l'intérêt des divers pays pour la formation de leur personnel et à les aider par l'octroi de bourses d'études pour les cours susmentionnés. Des bourses de voyage seront également accordées pour permettre aux membres du corps enseignant de de se perfectionner. La difficulté de recruter des conseillers qualifiés a retardé jusqu'ici l'exécution de ce projet.

Au Brésil, le premier cours pour ingénieurs sanitaires, d'une durée de neuf mois, a commencé à à l'Université de São Paulo en mars 1953. Il se déroule de façon très satisfaisante ; les étudiants manifestent beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme pour leur travail et des dispositions ont été prises pour leur donner, au terme du cours théorique, une formation pratique. Un cours pour inspecteurs sanitaires aura lieu en 1954. L'école a réservé quinze places aux étudiants étrangers.

Aux termes de l'accord conclu avec le Gouvernement du Chili, en novembre 1952, l'Organisation doit fournir à ce pays un professeur de génie sanitaire, des bourses d'études, des bourses de voyage et du matériel d'enseignement. Douze inspecteurs sanitaires venant de huit pays ont suivi un cours de quatre mois qui a commencé en septembre 1953 à l'Ecole de Santé publique de Santiago. On projette d'ouvrir en 1954 un cours de génie sanitaire, si l'on parvient à recruter un nombre suffisant de professeurs.

Statistiques démographiques et sanitaires

Un programme d'enseignement de longue haleine a été entrepris au Centre interaméricain de Biostatistique (Santiago) en vue d'améliorer les statistiques démographiques et sanitaires dans les pays d'Amérique latine, afin que ceux-ci puissent connaître plus exactement les besoins de la population et établir sur cette base leurs programmes de santé. Le centre est patronné conjointement par l'Organisation des Nations Unies, l'OMS et le Gouvernement du Chili. L'OMS l'aide dans ses travaux portant sur les statistiques sanitaires et hospitalières et l'Organisation des Nations Unies, dans le cadre du programme d'assistance technique, lui apporte son concours pour les statistiques démographiques.

En 1953, l'activité du centre concernant les statistiques sanitaires et hospitalières a été la suivante : le premier cours de formation professionnelle, qui a duré neuf mois — six mois de cours théoriques et trois mois de travaux pratiques dans des bureaux de statistique — a commencé en mars à l'Ecole de Santé publique de l'Université du Chili. Dix-sept étudiants chiliens et quinze étudiants appartenant à quatorze autres pays ont été régulièrement admis. Des membres du personnel de l'OMS ont donné des cours portant sur la méthodologie statistique, les statistiques sanitaires, le classement statistique international et les statistiques hospitalières, et ont aidé à établir le plan d'une enquête sur la morbidité. Certains étudiants, parmi ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats, devraient, après avoir poursuivi quelque temps leurs études, recevoir des bourses qui leur permettraient de préparer le diplôme supérieur de santé publique. Les plans des cours théoriques pour 1954 sont terminés et le deuxième cours commencera en mars.

Le centre a donné des avis au sujet de la création d'une section de bio-statistique au Service national de la Santé du Chili.

Une formule de certificat de décès, rédigée conformément aux recommandations de l'OMS et comportant des instructions sur la façon de l'utiliser a été établie.

Lutte contre les insectes

L'exécution d'un programme de lutte contre les insectes se poursuit en Colombie. Ses objectifs sont

l'éradication de l'*Aëdes aegypti*, vecteur de la fièvre jaune, et en même temps la lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmises par les insectes, grâce à l'application systématique d'insecticides à effet rémanent et de larvicides.

Ces opérations sont le résultats d'une action commune : le Gouvernement de la Colombie, assisté par le Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de l'Institute of Inter-American Affairs, s'est chargé de l'administration du projet, le FISE a livré des fournitures et l'OMS a donné des directives techniques pour la lutte antipaludique et l'éradication de l'*Aëdes aegypti*.

La région choisie pour le travail initial était, de tout le pays, celle qui offrait le plus de difficultés : la région des Antilles. Des enquêtes avaient été faites avant la campagne de pulvérisations qui a commencé en avril 1952 ; un an plus tard, dès que la première pulvérisation a été terminée, on a entrepris le deuxième cycle. Cette deuxième opération n'a pas été entravée par les mêmes difficultés que la première — pénurie d'équipement et de personnel expérimenté — aussi les travaux ont-ils été menés beaucoup plus rapidement. On a fait des enquêtes avant et après chaque pulvérisation, afin d'établir la fréquence du paludisme et la présence d'*A. aegypti*. On a pratiqué des pulvérisations de DDT là où il s'agissait de lutter contre le paludisme et l'on a traité des réservoirs au DDT par la méthode périfocale lorsqu'on se proposait uniquement de supprimer le vecteur de la fièvre jaune.

Le programme a montré que si l'on veut combiner avec succès l'éradication de l'*A. aegypti* avec la lutte antipaludique, il est indispensable de contrôler sérieusement, après la pulvérisation de DDT, la présence éventuelle de ce vecteur, et procéder à une nouvelle pulvérisation si elle est nécessaire.

Il est encore trop tôt pour apprécier de façon complète les résultats de la campagne, car la seconde pulvérisation effectuée dans cette région est à peine terminée, mais les résultats obtenus jusqu'ici indiquent que le programme est en bonne voie. On estime en effet que les opérations d'éradication entreprises sont plus qu'à moitié réalisées. Ce programme sera étendu en 1954 et en 1955 à d'autres régions du pays où le paludisme sévit à l'état endémique.

Soins infirmiers

Un des projets relatifs aux soins infirmiers pour lesquels l'OMS a prêté son concours vise le développement de l'école d'infirmières de San José, à Costa Rica. Ce projet a un double but : préparer le personnel qui doit assumer des responsabilités dans les écoles d'infirmières et dans l'administration des services de soins infirmiers et former un nombreux personnel auxiliaire qui sera employé dans les services de soins infirmiers, sous la direction d'infirmières diplômées.

L'exécution du projet a commencé en 1951 par une étude sur l'école d'infirmières et par l'établissement de plans d'ensemble ; il doit s'étendre sur cinq ans. Des fonds ont été fournis à cette fin au titre de l'assistance technique.

Au cours de 1953, l'équipe de l'OMS affectée à l'école d'infirmières a prêté son aide pour l'administration de l'école et pour l'organisation de l'enseignement. On a modifié le programme des études en vue d'y inclure les questions de santé publique et les sciences sociales, et des infirmières ont reçu une formation les préparant à enseigner à l'école. Le personnel hospitalier a subi une préparation en vue de participer au programme d'enseignement et les dispositions nécessaires ont été prises pour que les hôpitaux puissent former convenablement des élèves. Une boursière supplémentaire a été formée au Portugal en 1953 et une autre le sera en 1954 aux Etats-Unis d'Amérique. Le cours destiné aux auxiliaires a commencé en juillet 1953, sous les auspices de trois organismes sanitaires nationaux et de l'Hôpital San Juan de Dios, qui ont tous fourni des infirmières monitrices.

Ce projet a abouti non seulement à la réorganisation du programme fondamental d'enseignement des soins infirmiers, mais à des modifications très importantes dans les services infirmiers de l'Hôpital San Juan de Dios. D'autre part, l'inclusion des soins infirmiers de santé publique dans le programme fondamental a entraîné des changements dans les méthodes du Service de la Santé. Son influence sur les soins psychiatriques n'a pas été aussi marquée, mais des méthodes rationnelles de soins infirmiers ont été adoptées dans les salles d'insulinothérapie à l'hôpital psychiatrique. On pense que, lorsque le programme concernant le personnel infirmier auxiliaire et la formation d'infirmières monitrices sera étendu aux hôpitaux provinciaux et à l'hôpital de la sécurité sociale, les résultats se feront sentir dans tout le pays.

Services ruraux de santé publique

Avec l'aide de l'OMS et du FISE un projet a été entrepris au Panama en vue de renforcer les services généraux de santé publique, de les étendre aux districts ruraux et de former le personnel nécessaire, y compris les auxiliaires.

La première phase de l'exécution de ce projet a commencé en 1952 par une étude préliminaire de l'OMS sur la région. Au début de 1953, un état des services existants a été dressé, un ordre de priorité a été établi et un plan d'opérations a été mis au point. Dans le même temps ont été formés également quelques agents professionnels et auxiliaires : l'exécution d'un programme de cinq mois pour la formation professionnelle d'aides-radiologistes, ainsi qu'un premier cours de formation pour les inspecteurs sanitaires, ont été achevés ; un cours de soins infirmiers de santé publique pour le personnel auxiliaire a été ouvert ; la préparation d'autres cours, pour les médecins, dentistes, infirmières et techniciens de laboratoire, a été effectuée pendant l'année.

Les travaux d'organisation et de mise au point ont commencé au laboratoire central de Panama en vue d'assurer les examens de laboratoire demandés par les centres ruraux de santé.

Un manuel exposant les méthodes et les techniques à appliquer dans les centres ruraux de santé, dans les hôpitaux et au laboratoire central a été préparé pendant l'année.

Au cours de 1953, l'exécution du projet considéré s'est déroulée de façon très satisfaisante. Les travaux sur le terrain, qui doivent être effectués par le personnel spécialisé, à l'aide d'un équipement perfectionné, doivent commencer vers le milieu de 1954, et l'on pense que la seconde phase, c'est-à-dire la réorganisation des services ruraux de santé et leur extension à des collectivités sélectionnées, puis à l'ensemble du pays, commencera en 1955.

Opérations conjuguées contre l'ankylostomiase et la variole

Ce projet, qui bénéficie également de l'aide du FISE, avait été entrepris au Paraguay pour combattre l'ankylostomiase. Une campagne de vaccination antivariolique est venue s'y ajouter en 1952.

Le programme de lutte contre l'ankylostomiase, amorcé en décembre 1951, prévoyait des recherches sur la fréquence de cette maladie et le degré d'infestation, le traitement de masse, l'assainissement, l'éducation sanitaire et l'évaluation des résultats.

En 1953, des études sur la fréquence de l'ankylostomiase ont été achevées dans une autre partie de la région d'Assomption et dans celle de Mboi-y Itauguá. Les enquêtes sur les habitations ainsi que la construction et la réparation de latrines se sont poursuivies, et plusieurs enquêtes coprologiques ont été faites.

Après une enquête visant à déterminer la fréquence de l'ankylostomiase, on a entrepris et achevé, dans la région expérimentale de Mboi-y Itauguá, le traitement au tétrachloréthylène en vue de déterminer l'efficacité de ce médicament.

Au début de 1953, un ingénieur sanitaire a été affecté à la mise en œuvre du projet. Il a passé en revue les travaux d'assainissement effectués dans la région et a établi des plans pour l'exécution immédiate de nouveaux travaux. A la requête des autorités du pays et en coopération avec des ingénieurs sanitaires du Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública et des ingénieurs du pays, il a étudié un plan visant à créer au Ministère de la Santé publique une division de l'assainissement. Le premier cours pour inspecteurs de la santé publique a eu lieu en 1952, le deuxième s'est terminé en janvier 1953, tandis que le troisième se poursuivait à la fin de l'année.

Des mesures ont été prises en vue d'encourager la collectivité à participer à l'exécution de ce projet et un bulletin intitulé « Campagne contre l'ankylostomiase au Paraguay » a été publié à l'intention des écoles, dans le cadre du programme d'éducation sanitaire pour la région d'Assomption-Villa Rica. Un manuel d'instructions pour les visites à domicile, destiné aux inspecteurs sanitaires, a été également rédigé.

La campagne de vaccination antivariolique a été effectuée par le même personnel que l'autre partie du programme. On se propose d'immuniser 200.000 personnes dans la région d'Assomption-Villa Rica, grâce à la vaccination à domicile et à l'emploi de vaccins secs. Au cours de l'année, on a établi un plan de vaccination antivariolique, visant avant tout à former le personnel, et la préparation des inspecteurs sanitaires en vue de la vaccination antivariolique a été terminée dans le district de Sajonia.

En septembre, des stocks suffisants de médicaments et de vaccins ont permis enfin d'entreprendre à Assomption une campagne intensive de lutte contre l'ankylostomiase et la variole. En raison des retards imprévus qui se sont produits en 1952 dans le recrutement du personnel et dans la réception d'une partie du matériel, et étant donné qu'il a fallu prévoir des vaccinations antivarioliques dans les régions où les premiers travaux n'avaient porté que sur l'ankylostomiase, l'exécution de ce programme devra se poursuivre en 1955.

* * *

Progrès dans la mise au point de programmes sanitaires nationaux coordonnés

Les gouvernements des pays des Amériques ont manifesté un intérêt croissant pour l'amélioration et l'extension des services sanitaires destinés à la population. Il serait difficile de préciser quels sont les facteurs qui ont contribué à cette évolution et d'en mesurer l'importance, mais les principaux semblent être les suivants : le développement de l'industrie qui a augmenté de deux tiers depuis 1946, de sorte que la valeur de sa production dépasse actuellement de 36 % celle de la production agricole, et l'accroissement de l'intérêt général pour les services publics concernant le bien-être de la population ; parmi les facteurs se rapportant plus directement à la question, on peut relever un nombre plus grand de fonctionnaires qualifiés de la santé publique, formés dans le cadre des programmes d'organisations internationales gouvernementales ou non gouvernementales et occupant maintenant des postes dirigeants dans leur pays, et, enfin, l'encouragement et l'aide prêtés par les organisations internationales pour l'établissement de programmes sanitaires.

De nombreux indices viennent confirmer cette tendance. Par exemple, le Bureau régional reçoit actuellement plus de demandes officieuses de conseils

sur des problèmes de caractère technique ou administratif relatifs à des questions de santé publique. La plupart d'entre elles sont examinées dans les bureaux de zone, dont certains indiquent que leur personnel technique consacre jusqu'à 60% de son temps à donner ainsi des conseils aux gouvernements. Les bureaux de zone, qui consultent les gouvernements sur leurs programmes sanitaires pour les travaux préparatoires au projet de programme et de budget de l'OMS et du BSP, signalent que cette méthode paraît encourager les gouvernements à mieux élaborer à l'avance leurs programmes nationaux.

L'étude du programme et du budget de l'OMS pour 1954 et des prévisions pour 1955 permet de constater la tendance marquée de l'Organisation à établir des projets de santé publique qui forment un tout et qui, à leur tour, contribuent à la mise en œuvre de programmes nationaux équilibrés et bien coordonnés. Quatre grands projets d'administration de la santé publique ont été mis en œuvre dans la Région depuis 1952 ou antérieurement à cette date : la zone de démonstrations sanitaires du Salvador, le programme de développement des services ruraux de santé publique du Panama (décrit ci-dessus) et deux projets au Pérou : création d'un centre de démonstration et de formation professionnelle à Callao et projet d'aide aux services de protection maternelle et infantile et aux services apparentés dans la région de Lima-Pativilca-Huarás. Quatre des principaux projets du Paraguay sont exécutés par l'entremise des centres locaux de santé assurant un ensemble complet de services.

Six nouveaux projets sanitaires bien équilibrés doivent être entrepris au cours des prochaines années : l'un, qui devait être exécuté en 1953 et a été ajourné, vise à renforcer les services locaux de santé dans la zone de Petit Goave, en Haïti ; deux autres concernent les services ruraux de santé publique du Guatemala et du Nicaragua respectivement, un autre la réorganisation des services de santé en Bolivie, et deux autres, enfin, la démonstration de services locaux de santé au Chili (Conception) et au Venezuela. Deux autres projets d'administration sanitaire, dans l'Equateur et à la Barbade, en sont encore au stade des discussions officieuses. La moitié au moins de ces projets, en cours d'exécution ou seulement à l'état de plans, porte sur les services de santé publique de l'ensemble du pays.

Tous les projets susmentionnés prévoient la formation de personnel de santé publique, mais plusieurs d'entre eux concernent exclusivement cette activité, qui doit contribuer elle-même à l'établissement de programmes sanitaires nationaux coordonnés. Ce sont : les projets concernant l'assainissement, les statistiques démographiques et sanitaires et les soins infirmiers, qui sont décrits aux pages 73 et 74, le colloque sud-américain sur la notification des maladies transmissibles, qui s'est tenu à Santiago, et l'aide aux écoles de médecine et de santé publique (voir liste des projets, Partie IV). Des plans ont également été établis pour l'organisation d'un colloque sur l'enseignement de la médecine préventive.

Activité future

En 1952, le Comité régional a établi, en ce qui concerne l'activité à long terme, trois catégories de priorités : lutte contre les maladies transmissibles justifiables d'un traitement de masse, formation de personnel et renforcement des services nationaux de santé.

Les travaux antérieurs relatifs aux maladies transmissibles ont permis de concentrer les efforts sur les maladies pouvant être éliminées ou ramenées à des proportions négligeables. Comme beaucoup de services nationaux de santé ont été créés essentiellement pour lutter contre les maladies transmissibles, et en raison de la portée internationale du problème, on pense que les pays de la Région appuieront pleinement cette activité. On s'attaquera en particulier au paludisme, à la fièvre jaune, à la variole, à la tuberculose, au pian et à la syphilis.

La nécessité de former du personnel est généralement reconnue, elle aussi, bien qu'ici les résultats puissent ne se manifester qu'assez tard, en raison des nombreux problèmes qui se posent : sélection de candidats convenables, placement ultérieur des boursiers et utilisation rationnelle de leurs services. Néanmoins, les faits récemment enregistrés dans ce domaine sont pleins de promesses.

Le développement des services nationaux de santé est un problème général qui peut être abordé de nombreuses manières. Le principe même est admis, mais au fur et à mesure que les programmes se réaliseront, l'Organisation devra décider la nature précise de l'assistance qu'il lui faudra fournir pour atteindre l'objectif fondamental. Il est évident que celle-ci variera d'un pays à l'autre ; c'est pourquoi l'Organisation devrait pouvoir utiliser, à cette fin, des programmes portant sur des questions autres que la lutte contre les maladies transmissibles, par exemple la protection maternelle et infantile, les soins infirmiers de santé publique, le génie sanitaire et l'hygiène industrielle. La plupart des pays s'intéressent aux trois premières questions et possèdent une certaine expérience de l'ensemble des problèmes ; aussi peut-on s'attendre à des progrès réguliers.

CHAPITRE 13

RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST [1]

Problèmes de la Région

L'extension rapide de l'action sanitaire dans tous les pays de l'Asie du Sud-Est a soulevé de nombreux problèmes qui intéressent au plus haut point l'OMS. Les besoins des populations en services médicaux immédiats ont obligé les gouvernements à entreprendre des programmes aux objectifs limités, ce qui ne favorise pas toujours au mieux l'élaboration de plans de longue haleine. Certains pays pauvres en ressources supportent de ce fait un lourd fardeau, si bien que les fonds et le personnel encore disponibles sont insuffisants pour créer un service de santé solidement établi. Si l'on ne freine pas cette tendance, on assistera dans l'Asie du Sud-Est pendant les prochaines années à une réédition des erreurs qui, pendant les cent dernières années, ont marqué en Europe le développement des services de santé publique.

L'OMS doit donc continuer ses services consultatifs et les développer de façon que les gouvernements puissent y faire appel dans l'élaboration de programmes de longue haleine. Les demandes d'aide visant des problèmes spéciaux font place peu à peu à d'autres requêtes — concernant en particulier l'éducation et la formation professionnelle — qui montrent l'importance que l'on commence à attribuer à l'organisation à long terme. Les gouvernements de la Région se montrent très heureux de l'aide que l'OMS peut leur prêter à cet égard.

Cette remarque s'applique notamment à la Birmanie, dont les services de santé sont en train d'être réorganisés rapidement. En Afghanistan, on espère que le conseiller en matière de santé publique détaché par l'OMS auprès du Gouvernement de ce pays sera à même d'encourager l'établissement de services de santé rationnellement conçus. Comme exemple de la manière dont cette tâche peut être accomplie, on peut citer le cas du laboratoire créé il y a trois ans en Afghanistan à l'occasion d'une campagne de lutte antivénérienne : ce laboratoire, développé par l'OMS et le FISE, est maintenant devenu un laboratoire central de la santé publique à Kaboul, avec succursale à Kandahar. On s'occupe de former le personnel nécessaire à trois autres laboratoires. D'autre part, on envisage maintenant de placer sous une direction unique les laboratoires où s'effectuent des travaux relatifs à la tuberculose, à la préparation de vaccins, ainsi que des travaux cliniques et de santé publique, ce qui permettra de disposer d'un système coordonné pour l'ensemble du pays.

Il devient en effet de plus en plus nécessaire de coordonner les activités sanitaires entreprises dans la Région. D'ailleurs, le rôle de l'OMS en tant qu'autorité coordonnatrice est de mieux en mieux apprécié. La présence constante sur les lieux des représentants de zone, qui sont parfaitement au courant des conditions locales, s'est révélée des plus utiles. D'autre part, l'établissement de liens plus étroits avec les organismes bilatéraux, extrêmement actifs dans cette Région, se traduit peu à peu par une politique sanitaire plus homogène. Au Népal, par exemple, la collaboration avec la Foreign Operations Administration des Etats-Unis d'Amérique (FOA) a donné toute satisfaction : la préparation minutieuse effectuée par le conseiller en santé publique que la FOA avait détaché auprès du Gouvernement a permis de frayer la voie au projet de lutte antipaludique qui doit être exécuté avec l'aide de personnel de l'OMS, et avec des fournitures et du matériel procurés par la FOA.

Dans certains pays plus avancés de la Région, les services responsables de l'organisation des travaux sont conscients du danger que présente la tendance à faire passer les mesures curatives avant l'action sanitaire de longue haleine, mais ils jugent difficile de résister à la pression que la population exerce dans ce sens. L'OMS, par des avis techniques, peut faciliter la tâche de ces services.

La création de services de santé efficaces n'est possible que lorsque la population en ressent réellement le besoin. Certains gouvernements sollicitent des conseils sur la meilleure façon de susciter un tel désir d'amélioration. Des campagnes d'éducation sanitaire s'inspirant d'un esprit réaliste seraient également bien nécessaires, mais l'OMS a encore de la peine à recruter des éducateurs qualifiés en nombre suffisant.

Certaines maladies largement répandues continuent d'entraver le développement économique de la plupart des pays de la Région. Maintenant que les campagnes de lutte antipaludique sont en bonne voie, la création de services fondamentaux d'assainissement est une impérieuse nécessité dans l'Asie du Sud-Est. L'Organisation est saisie de demandes d'aide de plus en plus nombreuses dans ce domaine de la

---

[1] Cette Région comprend l'Afghanistan, la Birmanie, Ceylan, l'Inde, l'Indonésie, le Népal et la Thaïlande (voir *Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330, résolution WHA3.118, et résolution WHA6.48). D'autre part, aux termes de la résolution WHA6.46, les îles Maldives y ont été rattachées provisoirement.

médecine préventive ; cette aide devra naturellement être adaptée aux besoins de la Région. On espère qu'en 1955 des équipes de démonstration et de formation professionnelle en matière d'assainissement fonctionneront déjà dans tous les pays de l'Asie du Sud-Est.

Le Bureau régional a accordé une grande attention à la question du personnel national appelé à collaborer avec les experts internationaux. Quoique certains gouvernements éprouvent des difficultés à fournir du personnel adéquat, des progrès satisfaisants ont néanmoins été accomplis à cet égard durant l'année. Dans quelques cas, cependant, le personnel des services d'opérations de l'OMS travaille sans être secondé par les agents nationaux dont le concours avait été promis ; il arrive aussi que le type de personnel fourni et ses conditions d'emploi (notamment en ce qui concerne la durée de l'engagement) ne soient pas satisfaisants. Ces difficultés sont peut-être dues avant tout à l'insuffisance des traitements offerts, qui pousse les spécialistes de la santé publique, et même les professeurs des écoles de médecine, à consacrer une grande partie de leur temps à leur clientèle privée.

La pénurie de personnel qualifié demeure critique dans la Région, si bien que l'OMS devra avant tout persévérer dans son assistance aux établissements qui forment des médecins, du personnel infirmier et diverses catégories de personnel paramédical, notamment en matière d'assainissement. Un trop grand nombre d'entre eux disposent actuellement d'un personnel insuffisant, sans parler de ceux, plus nombreux encore, qui sont pauvrement équipés. Malheureusement, étant donné le petit nombre d'experts-conseils compétents dont peut disposer l'OMS et le manque de suppléants nationaux, l'Organisation ne peut contribuer que dans une mesure limitée à transformer cet état de choses. Tel pays qui souffre d'une pénurie aiguë de médecins peut demander à l'OMS de lui fournir des professeurs pour une école de médecine nouvellement créée, mais l'Organisation serait hors d'état de prêter une aide de ce genre pendant huit ou dix ans si celle-ci ne devait pas aboutir à la formation de remplaçants nationaux. Pourtant, sans l'aide de l'OMS, la nouvelle école de médecine sera incapable de prendre un bon départ et tout espoir sera alors perdu de remédier à la pénurie existante. Il n'est pas facile de déterminer en quel point il importe de briser ce cercle vicieux.

Comité régional

La sixième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est s'est tenue à Bangkok du 16 au 19 septembre, avec la participation de représentants de huit des dix Etats Membres de la Région, le Népal et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord n'étant pas représentés. La session a également été suivie par des représentants du Bureau de l'Assistance technique des Nations Unies, de la CEAEO, du FISE, de la FAO et de l'UNESCO, ainsi que par des observateurs de la Foreign Operations Administration des Etats-Unis d'Amérique et de cinq organisations non gouvernementales. Le Directeur général a assisté aux premières séances plénières.

Le Comité régional a discuté en détail le Rapport annuel du Directeur régional. Il a, d'autre part, examiné et approuvé le programme et le budget proposés pour 1955. Le Comité a par ailleurs souscrit à la concentration des efforts dans les domaines fondamentaux de la santé publique, notamment l'enseignement et la formation professionnelle, l'assainissement et l'éducation sanitaire. Il a examiné tout particulièrement la possibilité de transformer les campagnes antipaludiques en programmes régionaux de lutte contre le paludisme. Une délégation a appelé l'attention du Comité régional sur deux problèmes intéressants : d'une part, la possibilité d'organiser des échanges d'experts techniques entre Etats Membres de la Région, et, d'autre part, les conditions d'emploi faites au personnel des services de santé publique.

Le Comité régional a discuté le patronage éventuel par l'OMS d'une campagne mondiale contre la variole, question qui avait été renvoyée aux comités régionaux par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Il a estimé que l'OMS devait continuer, lorsque son intervention s'avérait nécessaire, à aider les pays à combattre la variole.

Le Comité régional a décidé de ne recommander pour l'instant aucune modification dans les droits et obligations des Membres associés. Il a, d'autre part, examiné la question du remboursement des frais de voyage des représentants aux sessions du Comité régional et a émis l'avis que le paiement de ces dépenses par l'OMS était souhaitable, sous réserve qu'il n'en résulte pas de conséquences défavorables pour les programmes de l'Organisation dans les pays. Le Comité a également discuté des points suivants : frais d'entretien et de voyage des ressortissants nationaux suivant, en qualité de stagiaires, des cours de formation professionnelle organisés dans leur pays avec l'aide de l'OMS ; lutte contre la lèpre dans l'Asie du Sud-Est ; et programmes régionaux d'hygiène dentaire. Comme le Comité avait décidé en 1952 de se réunir au siège du Bureau régional une année sur deux, sa session de 1954 aura lieu à New Delhi.

La session du Comité régional a été suivie, du 21 au 24 septembre, par la première conférence asienne sur le paludisme, à laquelle ont assisté des représentants de la plupart des pays de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, ainsi qu'un représentant du Pakistan.[2] Des représentants d'autres institutions spécialisées des Nations Unies et de la Foreign Operations Administration ont également assisté à la conférence. Celle-ci avait été convoquée principalement pour discuter de l'organisation de la lutte antipaludique et des problèmes que pose la

[2] Les pays représentés à cette conférence étaient les suivants : Afghanistan, Birmanie, Ceylan, Etablissements français de l'Inde, Inde, Inde portugaise, Indonésie, Pakistan, Chine, Laos, Malaisie, Nouvelle-Guinée néerlandaise et Viet-Nam.

mise en œuvre de campagnes de grande envergure (voir page 5).

Une autre réunion s'est encore tenue à Bangkok après la session du Comité régional : il s'agissait d'un groupe de travail de membres du personnel de l'OMS, auquel ont participé tous les agents des services d'opérations et du Bureau régional alors présents dans la capitale thaïlandaise. Le but de cette réunion était de procéder à un échange de vues et à des confrontations d'expérience. Cette initiative a contribué à resserrer les liens entre le personnel du Bureau régional et le personnel des services d'opérations et a permis de coordonner les travaux entrepris dans la Région.

Bureau régional

Les principales difficultés administratives auxquelles s'est heurté le Bureau régional au cours de l'année ont été la conséquence d'incertitudes budgétaires. Le Bureau a été gêné par l'insuffisance de ses effectifs et par les mouvements de personnel, mais le recrutement de deux conseillers en matière de santé publique aura sans doute d'heureuses répercussions sur l'élaboration des plans et leur exécution. En outre, des représentants de zone envoyés en Birmanie, à Ceylan, dans l'Inde et en Indonésie ont aidé les services de ces pays à organiser et à coordonner leurs travaux.

L'échange d'administrateurs de l'information entre le Bureau régional et le Siège a permis d'améliorer au sein de l'Organisation la coordination du travail dans ce domaine. A mesure que l'œuvre de l'OMS est mieux connue des services de santé des pays de la Région, on s'efforce davantage de susciter l'intérêt et le concours d'autres groupes professionnels et du grand public. Une documentation de base est actuellement établie dans les langues vernaculaires et l'on a encouragé le plus possible l'adaptation et la reproduction de ce matériel. On expérimentera sous peu un système selon lequel des journalistes des divers pays collaboreront avec les représentants de zone de l'OMS pour adapter les communiqués de presse et autres éléments d'information aux préoccupations et aux problèmes locaux.

Afin d'amener les spécialistes et le personnel sanitaire de toutes catégories à appuyer davantage l'OMS, le Bureau régional s'est arrangé, avec l'aide des représentants de zone, pour distribuer à l'avance aux éditeurs de certains périodiques des exemplaires de la *Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé* et pour leur faire parvenir des articles de fond sur des sujets divers. Grâce à ces mesures, les articles de la *Chronique* et d'autres documents de l'OMS ont reçu une large diffusion.

La liaison entre le Bureau régional, d'une part, d'autres organisations des Nations Unies et des organismes bilatéraux, d'autre part, s'est renforcée dans le courant de l'année. Les représentants de zone ont entretenu d'étroites relations de travail avec les représentants résidents de l'assistance technique. Plusieurs réunions ont été organisées, à l'échelon national et régional, avec des membres d'autres institutions spécialisées. L'excellente collaboration instituée avec le FISE s'est poursuivie, comme l'attestent de nombreux projets mixtes dont l'exécution a été menée à bien. Cette collaboration inter-organisations s'est manifestée notamment par la participation ininterrompue d'un représentant de l'OMS à la mission d'enquête des Nations Unies sur les services sociaux en Birmanie, par l'organisation, de concert avec la Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient, d'un groupe de travail pour l'examen des problèmes de l'habitat dans les régions tropicales, et par des consultations avec les membres de la mission des Nations Unies chargée d'étudier l'aménagement des collectivités en Asie du Sud et du Sud-Est. D'autre part, le personnel de l'OMS a collaboré étroitement avec des représentants de la Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies dans le cadre des études démographiques entreprises dans l'Inde.

L'année 1953 a également été marquée par un renforcement de la coopération entre l'OMS et la Foreign Operations Administration des Etats-Unis d'Amérique (FOA). Les représentants de zone de l'OMS et les missions médicales de la FOA se sont concertés à maintes reprises et ont souvent uni leurs efforts dans l'élaboration de plans d'action. Les gouvernements ont été encouragés à entreprendre des programmes nationaux, dont l'exécution sera facilitée par les conseils techniques de l'OMS et les fournitures et le matériel livrés par la FOA. D'autre part, au cours des réunions du Comité consultatif de Coopération technique du Plan de Colombo tenues à New Delhi, le Bureau régional a noué, à titre officieux, des relations avec les autorités du Plan de Colombo. Il espère pouvoir, avec leur aide, exécuter un projet visant à améliorer les dispositions quarantenaires en vigueur dans les ports et aéroports de l'Indonésie — en prévision duquel l'OMS avait déjà entrepris une enquête — et recruter des experts pour quelques autres projets nationaux à l'exécution desquels l'OMS participe. Il est actuellement procédé au placement d'un grand nombre de boursiers par l'intermédiaire du Plan de Colombo. Enfin d'autres possibilités de collaboration entre l'OMS et le Plan sont actuellement à l'étude.

Le Bureau régional a continué de collaborer avec les autorités norvégiennes qui concourent à l'aménagement de pêcheries et à l'amélioration des conditions sanitaires dans une région de faible étendue de l'Etat de Travancore.

Le Bureau régional a, en outre, collaboré avec des organismes non gouvernementaux, notamment avec la Fondation Rockefeller, la Fondation Ford et le CARE. L'OMS participe à l'organisation d'un échange de professeurs entre la Harvard School of Public Health et l'All-India Institute of Hygiene and Public Health de Calcutta.

Des mesures sont prises pour encourager la création d'un organisme central chargé de coordonner les mesures de lutte contre la lèpre dans l'Inde, auxquelles

participent actuellement des organismes gouvernementaux, des organismes officieux et de multiples organisations bénévoles. Le Bureau régional est, d'autre part, resté en liaison avec l'Indian Council of Medical Research.

Bourses d'études et formation professionnelle

Le Bureau régional a octroyé 97 bourses d'études au cours de l'année, soit pour des cours internationaux de formation collective, soit en vue d'études individuelles : 67 bourses ont été imputées sur le budget ordinaire et 27 sur les fonds de l'assistance technique ; 3 bourses ont été financées par le FISE. De plus, une attention particulière a été consacrée à l'organisation, dans les pays de la Région, de cours nationaux de formation professionnelle sur des sujets spéciaux, sous forme de projets particuliers ou dans le cadre de l'activité des équipes de démonstration. En 1953, l'OMS a prêté son concours à environ 65 cours de ce genre, dont la durée variait de une semaine à un an, et qui ont été organisés en Birmanie, à Ceylan, dans l'Inde, en Indonésie et en Thaïlande. Le Bureau régional a participé à la préparation de la conférence de l'OMS sur le paludisme, dont il est question plus haut, d'un colloque régional pour agents des services des eaux, qui comptait 50 participants, et a envoyé des participants à des colloques dans d'autres Régions (énumérés à l'annexe 5).

Aperçu de quelques projets typiques

Lutte antipaludique en Birmanie

Le paludisme entrave depuis longtemps le développement social et économique de la Birmanie. Si l'on s'avise que cette maladie frappe environ sept millions et demi d'habitants, soit près de 40% de la population, on se rendra compte de l'ampleur du problème de santé publique que soulève ce fléau. A la demande du Gouvernement birman, une équipe de l'OMS, composée d'un paludologue, d'un entomologiste et d'un technicien de l'assainissement, s'est rendue en Birmanie en mai 1951 pour y enseigner par la pratique les méthodes modernes de lutte antipaludique et pour former du personnel en vue de la création d'une organisation nationale de lutte contre cette maladie.

Après avoir consacré quelques mois à des travaux et à des enquêtes préliminaires, l'équipe a décidé de procéder à ses démonstrations dans le district de Lashio, où l'indice splénique chez les enfants était de 90%, l'indice parasitaire de 26% et d'environ 56% chez les nourrissons. Les travaux ont commencé au début d'octobre 1951.

Le projet est donc amorcé depuis un peu plus de deux ans et son exécution se poursuit. Les quatre premiers mois ont été consacrés à des études épidémiologiques et entomologiques. Au cours de la première année, les opérations intéressaient une région de 800 milles carrés et une population d'environ 53.500 habitants. Pendant la deuxième année elles ont été étendues à une région de 2.600 milles carrés englobant plusieurs petites villes, et à une population de 110.000 habitants. Le vecteur, *Anopheles minimus*, a été identifié ; la propagation semble être le plus intense de juillet à décembre. Après la première année d'opérations, sur 173 frottis sanguins de nourrissons examinés, aucun n'était positif ; les indices spléniques et parasitaires avaient fléchi de 26% et les espèces vectrices avaient diminué d'environ 90% par rapport aux régions non traitées.

En offrant des possibilités de formation pratique à des paludologues, à des entomologistes, à leurs aides et à d'autres auxiliaires, ce projet a favorisé et facilité la mise à exécution du plan quinquennal de lutte antipaludique que le Gouvernement a amorcé en 1953 et qui doit s'étendre à l'ensemble du pays. La lutte antipaludique est maintenant bien accueillie par la population et les équipes peuvent se déplacer sans entrave même dans les régions désorganisées.

La phase des démonstrations sera terminée au début de 1954.

Hygiène de la maternité et de l'enfance et lutte antivénérienne en Birmanie

Le Gouvernement birman a entrepris en septembre 1950, avec l'aide de l'OMS et du FISE, un projet visant un double but : renforcer les services d'hygiène de la maternité et de l'enfance (dans les domaines prophylactique, curatif et éducatif), diagnostiquer et traiter la syphilis chez la mère et l'enfant. Dès le début, ce projet a été axé sur l'enseignement infirmier. Une infirmière monitrice expérimentée a été chargée d'en préparer et d'amorcer l'exécution qui, à l'origine, ne devait s'étendre que sur deux ans mais qu'on a, après coup, décidé de poursuivre jusqu'en 1954. A la fin de 1951, l'équipe de l'OMS se composait de dix personnes : un pédiatre, quatre infirmières monitrices, trois infirmières de la santé publique, un vénéréologue et un sérologiste. Elle a été renforcée en 1952 par un pédiatre et une autre infirmière de la santé publique. L'équipe a poursuivi ses travaux jusqu'à la fin de 1953, mais son effectif sera réduit en 1954. Elle a concentré surtout son activité à Rangoon et à Mandalay.

Lorsque le projet a été entrepris, la Birmanie devait faire face aux suites de la guerre et des troubles y sévissaient. Mais, grâce à l'appui total et au parfait esprit de compréhension du Gouvernement ainsi qu'à l'étroite collaboration qui a régné entre les membres nationaux et internationaux de l'équipe, la plupart des difficultés ont pu être surmontées. On ne pourra dresser un bilan complet des résultats obtenus que dans quelques années, mais il est d'ores

et déjà possible de donner les précisions suivantes. 1) D'importants changements ont été apportés à l'organisation des services de santé birmans ; le conseiller principal et l'infirmière-conseil ont contribué à cette réorganisation et travaillent maintenant au sein de la direction remaniée de la santé. 2) L'assistance fournie par le FISE a permis de pourvoir avec plus de célérité à un développement considérable des services de santé en milieu rural où ont été créés des centres sanitaires, qui s'intéresseront notamment à la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. 3) Des services de maternité et de pédiatrie ont été institués dans plusieurs hôpitaux provinciaux.

Si cette réorganisation et ce développement des services de santé birmans ont été possibles, c'est grâce à la formation professionnelle en matière de protection maternelle et infantile qui a été donnée dans le cadre du projet. On a pu ainsi disposer du personnel nécessaire. Dix-huit agents nationaux ont été formés dans ces conditions, soit deux spécialistes de la protection sanitaire de la mère et de l'enfant, deux pédiatres, neuf infirmières monitrices et cinq infirmières de la santé publique. Quatre-vingt-douze diplômés ont suivi des cours de perfectionnement (six en pédiatrie, quarante-deux en enseignement infirmier et quarante-quatre en obstétrique), tandis que 722 étudiants ont reçu une formation dans divers domaines (227 étudiants en médecine ont fait des stages de pédiatrie, 305 étudiants ont été initiés aux soins infirmiers généraux, 40 à l'obstétrique et 150 aux fonctions d'infirmière visiteuse locale). En outre 81 *Let Thes* (sages-femmes indigènes non diplômées) ont bénéficié d'une formation professionnelle.

Education sanitaire à Ceylan

En 1952, le Gouvernement de Ceylan a créé à Minneriya, avec l'aide de l'UNESCO, de l'OIT, de la FAO et de l'OMS, un centre d'éducation de base. Il s'agit de donner une éducation de base aux habitants de quelque 70 villages situés dans une région de 1.000 milles carrés au nord-est de Ceylan. Ce centre a également pour fonction de former des agents pour l'ensemble du pays. L'OMS et les services publics de santé se sont chargés de l'éducation sanitaire. L'OMS a, d'autre part, fourni du matériel.

La mise en train de ce projet triennal remonte à environ deux ans. Comme les opérations ont débuté avec une année de retard, elles se poursuivront en 1954. Plusieurs services gouvernementaux ainsi que différentes organisations s'intéressent également au projet. Bien que le Gouvernement ait collaboré sans réserve avec l'équipe internationale, il a fallu un certain temps pour déterminer les responsabilités respectives des deux parties. La question n'est pas encore complètement résolue. Néanmoins un travail considérable a été accompli.

L'éducateur sanitaire de l'OMS, indépendamment des fonctions qu'il exerce normalement dans les villages, a donné un cours d'éducation sanitaire de six semaines à des inspecteurs sanitaires, un cours de formation technique de trois mois à des agents des services de développement rural, un cours d'entretien de trois semaines à des instituteurs de centres d'éducation populaire, neuf conférences sur la lutte antivénérienne à plus de 200 fonctionnaires des services publics et agricoles, et 24 causeries destinées à des instituteurs sur les méthodes de lutte contre l'ankylostomiase. D'autre part, il a eu des entretiens sur l'éducation sanitaire avec des administrateurs d'écoles, il a collaboré à de vastes campagnes de propagande et aidé le Gouvernement central à réorganiser son centre d'éducation sanitaire et à mettre au point un programme d'éducation sanitaire au centre de formation professionnelle du Service de la Santé de Kalutara.

Lutte contre les tréponématoses en Thaïlande

Le Gouvernement thaïlandais se rend compte depuis quelques années des effets paralysants du pian sur les groupes d'âge productifs de la population et des obstacles qui en résultent pour le développement économique du pays. Il a entrepris en 1950, avec l'aide de l'OMS et du FISE, une campagne contre cette maladie. Son but immédiat était de ramener la fréquence du pian à un niveau suffisamment bas pour que cette infection puisse être endiguée par les services de santé généraux. Des résultats ont déjà été obtenus, notamment en ce sens que la population rurale prend de mieux en mieux conscience de l'importance des problèmes de santé publique.

Les opérations sont dirigées à partir du quartier général situé à Rajburi, qui sert également de centre de formation professionnelle pour le personnel de laboratoire et les agents affectés aux travaux sur le terrain. Il existe tant à Rajburi qu'à Korat des laboratoires bien équipés qui pourront être développés de façon à faire fonction de laboratoires généraux de la santé publique. Les équipes volantes procèdent à de vastes enquêtes et pourvoient au traitement en cas de besoin. Pendant la période qui s'est écoulée entre le début de la campagne et juin 1953, près de 2.700.000 personnes ont été examinées et plus de 300.000 cas de pian ont été diagnostiqués et traités.

Organisation d'un service de pharmacologie à Bombay

Comme la chaire de pharmacologie au Seth G. S. Medical College de Bombay était vacante depuis 1950 et qu'il n'avait pas été possible de recruter un titulaire compétent, l'OMS a envoyé en 1953 à cet établissement un professeur chargé d'enseigner des étudiants en médecine, d'organiser un service de pharmacologie et d'établir un programme d'études susceptible de convenir au Medical Council of India et, enfin, d'instruire son successeur. L'OMS et la Fondation Rockefeller ont également fourni du matériel scientifique.

Le professeur est arrivé à Bombay en février. Une de ses premières initiatives a été de recommander une réforme du programme d'études et des examens de pharmacologie. Les changements qu'il a proposés ont été acceptés par un comité spécial et sont entrés en vigueur. Le service a accompli des progrès satisfaisants sur ces nouvelles bases. Le successeur du professeur étranger a été désigné et, bien avant la fin du premier trimestre, un programme de recherches a été amorcé. D'autre part, une étude clinique sur le traitement du tétanos a été entreprise.

La collaboration entre les différentes parties intéressées ne laisse rien à désirer. Le Medical Council of India a mis à la disposition du professeur envoyé par l'OMS des locaux supplémentaires, des fonds, des auxiliaires techniques et professionnels. Les modifications du programme d'études et du régime des examens ont été favorablement accueillies par les étudiants.

Formation à la lutte antivénérienne à Madras

Depuis le deuxième semestre de 1952, l'OMS a procuré au Gouvernement indien une équipe composée d'un sérologiste, d'une infirmière de la santé publique et d'une assistante médico-sociale, ainsi que les fournitures et le matériel nécessaires pour l'aider à réaliser son projet de création d'un centre de formation professionnelle dans le cadre du service de vénéréologie de l'Hôpital général de Madras.

La mise en train des travaux avait été retardée par suite de difficultés qu'avait éprouvées le Gouvernement à recruter du personnel national satisfaisant et à fournir des locaux et du mobilier. Cependant, le centre de formation professionnelle fonctionne actuellement sur des bases solides et dispose d'un personnel convenable. Il est envisagé d'organiser pour l'ensemble du pays un enseignement post-universitaire sur tous les aspects de la lutte antivénérienne. Le personnel homologue a maintenant été formé. Comme, d'autre part, le centre a entre temps reçu le matériel d'enseignement et le matériel clinique dont il avait besoin, il a déjà commencé à organiser des cours qui permettront aux élèves d'obtenir un diplôme d'études supérieures de vénéréologie. Une formation professionnelle touchant les divers aspects de la lutte antivénérienne a été également donnée à des équipes nommées par les gouvernements de divers Etats. L'amélioration des services infirmiers et les aspects sociaux de la lutte antivénérienne ont retenu spécialement l'attention.

Le centre de formation professionnelle a, en outre, fait fonction de laboratoire de référence pour deux enquêtes. L'une de ces enquêtes était organisée et patronnée par l'Indian Council of Medical Research. La seconde, patronnée par l'OMS, avait pour objectif l'évaluation du travail accompli dans treize laboratoires situés dans différents Etats de l'Inde et qui avaient bénéficié antérieurement de l'aide de l'OMS et du FISE.

Le laboratoire participera, en collaboration avec le laboratoire de la Municipalité de Madras, aux campagnes de lutte antivénérienne qu'on envisage d'organiser dans cette ville.

L'assistance internationale fournie en liaison avec ce projet ayant rempli son objet, le personnel de l'OMS affecté au service a été rappelé à la fin de l'année.

Création d'un centre rural de santé en Thaïlande

Un centre rural de santé qui s'intéresse tout spécialement à l'hygiène de la maternité et de l'enfance et aux soins infirmiers est en voie de création à Chiengmai. L'origine de ce centre remonte à un projet de lutte antipaludique dont le champ d'action a été étendu, par la suite, à la protection maternelle et infantile. Nous avons là l'illustration, à une échelle réduite, de la manière dont les efforts du Gouvernement, de l'OMS, d'organismes bilatéraux et d'organisations locales peuvent être coordonnés avec succès dans le cadre d'un projet mixte urbain et rural. Cette initiative a eu une autre conséquence importante, celle d'encourager les habitants de la collectivité intéressée à s'efforcer d'améliorer eux-mêmes leur état sanitaire.

Le projet en question, qui en est encore à ses débuts, vise à créer un centre de démonstration et une zone de formation dans lesquels le personnel intéressé de la partie septentrionale de la Thaïlande sera initié à l'hygiène rurale et aux soins de maternité et de puériculture à domicile. Il insiste particulièrement sur les aspects de l'hygiène rurale qui intéressent la santé publique. Les travaux portent également sur l'hygiène scolaire, et une série de cours d'entretien a été organisée à l'intention d'instituteurs affectés à des centres ruraux. Toujours dans le cadre de ce projet, le Gouvernement a nommé un spécialiste de l'hygiène dentaire et une équipe de nutritionnistes qui opèrent dans la région en étroite collaboration avec le personnel international. Un hygiéniste étranger sera adjoint à l'équipe en 1954 et des cours d'assainissement seront organisés.

Quoique limité, ce projet a permis de coordonner les activités de divers services médicaux du Gouvernement, d'une part, et des organisations bénévoles et internationales, d'autre part.

Il est très important en pareil cas d'éveiller et d'entretenir l'intérêt de la population à laquelle on s'adresse. A cet effet, on a créé à Chiengmai des comités sanitaires groupant des volontaires et des fonctionnaires locaux. Les membres de ces comités ont été chargés d'intéresser les habitants aux activités du centre sanitaire. Ils se réunissent une fois par mois sous la présidence du chef de district en milieu rural ou du maire de Chiengmai s'il s'agit de cette ville. Par leur présence, les membres de l'équipe contribuent à mettre la population au courant des travaux accomplis et à rester en contact étroit avec eux. De cette façon, on est parvenu à entretenir le zèle des volontaires. Le Gouvernement a fourni une équipe médicale chargée de pourvoir à l'éducation sanitaire, de pratiquer des vaccinations et d'adminis-

trer des soins médicaux courants. Cette équipe recevra, sous peu, du matériel d'éducation sanitaire du FISE. Comme c'est le cas pour de nombreux autres projets de ce genre, le personnel qualifié n'est pas suffisamment nombreux pour subvenir aux besoins et répondre aux désirs de la population.

En raison de l'intérêt qu'il a suscité pour les problèmes sanitaires, le projet de Chiengmai a pu donner lieu à une collecte publique qui a permis de réunir des fonds suffisants pour installer un service de maternité de cinquante lits dans un hôpital local. Ce service sera utilisé pour former des sages-femmes rurales. Le matériel nécessaire est livré par la Foreign Operations Administration des Etats-Unis d'Amérique.

Bien qu'il ait débuté modestement, ce projet englobe peu à peu les principaux aspects de la médecine préventive et facilite l'organisation d'un service très utile pour le traitement des affections bénignes dans les collectivités rurales.

* * *

Perspectives d'avenir

Il existe des indices qui montrent que, malgré les difficultés susmentionnées, les projets de démonstrations sur lesquels l'aide internationale s'était tout d'abord concentrée ont incité les gouvernements à organiser d'une façon coordonnée leurs activités sanitaires ; en fait, c'était un des buts de ces démonstrations.

Il demeure nécessaire que l'OMS fournisse des avis et une aide pour les campagnes de masse et la formation de personnel. Mais cette nécessité s'atténuera à mesure que des services nationaux complets s'élaboreront et disposeront d'un effectif suffisant de personnel sanitaire qualifié. Il importe maintenant d'accorder plus d'importance à l'établissement de plans de longue haleine, à l'intégration des campagnes de lutte contre des maladies déterminées dans les services de santé généraux et à la coordination de ces services. A cet effet, des experts-conseils à court terme particulièrement qualifiés seront très utiles.

Dans le programme futur, il faudra tenir compte des ressources globales disponibles et s'assurer qu'elles soient réparties conformément aux besoins de la Région. Il faudra, en outre, prendre soin de résister à toute pression d'ordre national ou international qui tendrait indûment à orienter dans un sens particulier l'action sanitaire.

Mais, dans l'ensemble, on peut sans doute dire que, dans la Région, cette action s'approche du stade où il sera possible de s'attaquer aux besoins sanitaires les plus fondamentaux des pays intéressés. C'est pourquoi il devient nécessaire d'élaborer les programmes régionaux avec souplesse, de façon à pouvoir éventuellement les modifier à bref délai pour tenir compte de l'évolution de la situation ainsi que des projets nationaux déjà établis ou en préparation.

CHAPITRE 14

RÉGION EUROPÉENNE [1]

En approuvant, à sa deuxième session, des objectifs lointains qui fixent les grandes lignes de l'activité future du Bureau régional, le Comité régional a notablement aidé ce dernier à mettre au point sa structure et à élaborer des programmes adaptés aux besoins particuliers de la Région. La deuxième année complète d'activité de l'Organisation régionale de l'Europe a été, dans l'ensemble, satisfaisante. Il faut cependant regretter que les pays suivants n'aient pas encore repris leur participation aux travaux de l'Organisation régionale : Albanie, RSS de Biélorussie, Bulgarie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Tchécoslovaquie, RSS d'Ukraine et Union des Républiques socialistes soviétiques.

Comité régional

Le Comité régional a tenu sa troisième session à Copenhague du 7 au 10 septembre. Les représentants de 22 Etats Membres et Membres associés y ont assisté, ainsi que des représentants de l'Organisation des Nations Unies et du FISE et des observateurs de la Fondation Rockefeller, du Centre international de l'Enfance et de huit organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS.

Le Comité régional a recommandé à l'Assemblée de la Santé que chaque comité régional soit habilité à accorder à ses Membres associés la plénitude des droits de vote. Il a discuté d'autres problèmes d'intérêt régional qui avaient été examinés par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, en particulier l'étude du Conseil Exécutif sur la régionalisation.[2]

Le Comité régional a étudié les propositions du Conseil Exécutif relatives au paiement des frais de voyage des représentants participant aux réunions des comités régionaux, mais il n'a pas recommandé leur adoption par l'Assemblée de la Santé, étant donné que dans la Région européenne les distances à parcourir sont relativement courtes. Il a en outre examiné une proposition qui avait été formulée lors de sa deuxième session, tendant au versement de contributions supplémentaires aux budgets régionaux, et il a décidé de poursuivre cette étude lors de sa prochaine session, après que les différents gouvernements auront été consultés à ce sujet.

Un débat important s'est déroulé à propos du siège permanent du Bureau régional. Considérant le développement des travaux en Europe et les responsabilités qui incombent au Bureau régional du fait de la décentralisation des activités, le Comité a décidé tout d'abord de recommander que le siège du Bureau régional soit établi en dehors du Siège de l'OMS, où il est actuellement installé à titre provisoire. Il a ensuite examiné des propositions à l'effet d'établir le Bureau à Copenhague, à Nice, à Francfort, à La Haye et à Genève, puis a décidé de recommander au Conseil Exécutif, lors de sa treizième session, le choix de Genève comme siège permanent.

Le Comité régional a approuvé certaines modifications apportées au programme de 1954, compte tenu des faits survenus depuis la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Dans l'étude des propositions afférentes à 1955, il a accordé une attention toute spéciale aux prévisions concernant le personnel du Bureau régional et aux programmes inter-pays. Dans un souci de continuité, il a accordé la priorité aux programmes inter-pays qui s'inscrivent à la suite des travaux déjà entrepris par l'OMS au cours des années précédentes.

Le Comité régional a estimé que la proposition qui avait été faite de remplacer la Commission internationale antivénérienne du Rhin par une commission médico-sociale à mandat plus étendu appelait un complément d'étude. A cet effet, des représentants des cinq gouvernements et des divers organismes intéressés se sont réunis à Anvers les 9 et 10 décembre.

S'inspirant de l'étude organique du Conseil Exécutif sur l'enseignement et la formation professionnelle,[3] le Comité régional a procédé pendant sa session à des échanges de vues très féconds sur le programme d'enseignement et de formation professionnelle pour le personnel médical et sanitaire en

[1] Cette Région, conformément à la décision de la Première Assemblée Mondiale de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330), comprend l'Europe. La Turquie y a été rattachée tandis qu'elle suspendait provisoirement ses activités dans la Région de la Méditerranée orientale (résolution WHA5.46). Aux termes des résolutions WHA5.43 et WHA6.46, l'Algérie, le Maroc (zone française), la Tunisie, le Groenland, Gibraltar et Malte y ont aussi été rattachés provisoirement. Les Membres et Membres associés suivants ont participé aux travaux en 1953 : Allemagne (République fédérale), Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Maroc (zone française), Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie et Yougoslavie.

[2] *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 157

[3] *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 131

Europe. Les points suivants, qui revêtent un intérêt particulier pour la Région, ont été traités de façon officieuse : examen des tendances actuelles de l'enseignement, assistance aux établissements d'enseignement, bourses d'études, conférences et colloques. Les suggestions qui ont été formulées sont de nature à faciliter beaucoup à l'OMS l'établissement de plans de travail en matière d'enseignement et de formation professionnelle pour la Région au cours des prochaines années.

Le Comité régional a décidé de tenir sa quatrième session à Opatija (Yougoslavie) et sa cinquième session à Vienne (Autriche).

Bureau régional

Il a déjà été parlé plus haut du choix d'un siège permanent pour le Bureau régional de l'Europe. Le Bureau avait intérêt au début à se tenir en contact étroit avec le Siège de l'Organisation, mais il lui est de plus en plus difficile de s'acquitter de son rôle régional et de développer son activité en restant installé dans le bâtiment du Siège. L'incertitude qui a régné jusqu'ici quant à l'emplacement du siège permanent du Bureau régional a suscité de nombreuses difficultés pour le personnel et a également retardé une organisation stable du personnel.

Du côté technique, les besoins de personnel se dessinent assez nettement. D'après les prévisions pour les prochaines années, le Bureau régional devra engager un médecin qui sera chargé des bourses d'études, un spécialiste de la santé mentale et un spécialiste des soins infirmiers. Les crédits nécessaires ont été approuvés pour 1953 et le premier poste a été pourvu, mais des difficultés, notamment d'ordre financier, ont empêché jusqu'ici de faire de même pour les deux autres. Vers la fin de l'année, le Bureau régional a engagé un fonctionnaire sanitaire de zone chargé de surveiller l'exécution des programmes de lutte contre le trachome au Maroc (zone française), en Tunisie et en Yougoslavie. Cinquante-deux personnes étaient affectées aux services d'opérations ; 13 ont été engagées pour une longue durée et 39 pour une courte durée.

Sur le plan administratif, la question s'est souvent posée de savoir quels étaient les services qui devaient être assurés par le Bureau régional lui-même et quels étaient ceux pour lesquels il fallait faire appel au Bureau du Siège. Elle n'a pas toujours reçu une solution satisfaisante. Lorsqu'il était manifestement impossible au Bureau du Siège d'entreprendre le travail qui lui était demandé, le Bureau régional a réorganisé son personnel pour s'acquitter des tâches nécessaires. C'est ainsi qu'il a renforcé au cours de l'année ses services généraux en engageant un administrateur chargé des conférences, colloques et symposiums inter-pays et un assistant technique chargé des services de documentation et de reproduction des rapports. Deux questions ne sont pas encore résolues : celle de la traduction, qui représente un volume de travail dépassant maintenant de beaucoup les possibilités du Bureau du Siège, et celle des services budgétaires et financiers, qui ne peuvent être assurés que de plus en plus difficilement par le Bureau du Siège. En revanche, l'engagement d'un administrateur responsable de l'information au cours de l'année a permis de satisfaire à la plus grande partie des besoins du Bureau dans ce domaine.

Lorsque le siège permanent du Bureau régional aura été définitivement approuvé, une étape importante aura été franchie dans le sens d'une stabilisation de l'effectif du personnel.

Collaboration avec d'autres institutions

Chaque année, des progrès sont réalisés dans l'établissement de relations de travail plus souples entre l'OMS et les autres institutions qui déploient une activité sanitaire en Europe, où il n'existe pas, en fait, de grandes distances empêchant les contacts personnels qu'exige une coopération efficace. Le Bureau régional a participé à des conférences et à des colloques organisés par les Nations Unies et inversement ; il a continué aussi de collaborer à la mise au courant de boursiers des Nations Unies. L'élaboration des plans conjointement avec le FISE est devenue maintenant une formule de travail habituelle, qui s'avère extrêmement fructueuse. Le Centre international de l'Enfance offre des programmes intéressants pour la formation professionnelle du personnel qui se destine aux services de protection maternelle et infantile, et des membres du personnel du Bureau régional participent régulièrement aux échanges de vues sur les futurs programmes d'activité du Centre. La collaboration avec l'OIT a surtout porté en 1953 sur la médecine du travail en Europe ainsi que sur l'établissement de services médico-sociaux pour les bateliers du Rhin et leurs familles. Quant à la collaboration avec la FAO, elle a porté sur les problèmes régionaux relatifs au contrôle de la salubrité du lait et des viandes et aux zoonoses.

Dans le cadre d'un arrangement de travail conclu en 1952 avec le Conseil de l'Europe, l'OMS a procédé à des échanges réguliers d'informations avec cet organisme.

La coopération solidement établie avec la Fondation Rockefeller s'est poursuivie pour la mise en œuvre de programmes particuliers, tels que ceux qui intéressent les services de santé ruraux et l'enquête sur les assistantes médico-sociales, et dans bien d'autres domaines où la longue expérience de la Fondation a été généreusement mise à la disposition du Bureau régional.

Assistance technique en vue du développement économique

Dans les premières phases du programme d'assistance technique, certains pays européens qui souffraient d'un retard économique directement impu-

table à la guerre étaient en état d'« absorber » une assistance de cet ordre. C'est pourquoi l'Europe a été le théâtre, à cette époque, d'une activité relativement importante en matière d'assistance technique, qui a atteint son point culminant en 1952. Avec les progrès du développement économique en Europe et l'augmentation de la « capacité d'absorption » d'autres pays du monde, la situation a sensiblement évolué, et l'on enregistrait en 1953 une réduction considérable des activités d'assistance technique.

Pendant la plus grande partie de l'année, l'incertitude dans laquelle on se trouvait quant aux fonds de l'assistance technique a rendu très difficile l'ajustement des programmes prévus pour les pays européens. Chose peut-être plus grave encore, il a fallu constamment reconsidérer aussi bien le programme ordinaire que le programme d'assistance technique chaque fois qu'une modification intervenait dans l'état des fonds disponibles au titre du programme d'assistance technique.

Programmes inter-pays

Comme les années précédentes, l'activité de l'OMS en Europe a porté principalement sur les programmes inter-pays, dont on trouvera ci-contre un exposé sous forme de tableau. Jusqu'à présent, on s'est préoccupé surtout de l'échange d'informations scientifiques et de l'enseignement et de la formation professionnelle. Il en a été de même en 1953, mais il est devenu évident qu'une étude préliminaire des problèmes et des services sanitaires est souvent nécessaire avant qu'on puisse organiser des conférences ou des colloques réellement utiles. Il conviendra donc à l'avenir de consacrer plus de temps et de travail à des études de ce genre.

Parmi les activités nouvelles enregistrées au cours de l'année, il y a lieu de signaler une étude faite sous les auspices de l'OMS au sujet des effets qu'exerce sur le développement du jeune enfant la séparation de la mère, un groupe d'étude visant à préciser les rôles respectifs du pédiatre et du pédo-psychiatre dans la protection infantile et, enfin, un colloque sur les principaux facteurs de santé mentale intéressant la santé publique.

En 1953 a été faite dans deux pays d'Europe une étude collective sur les services d'hygiène scolaire ; elle sera suivie en 1954 d'une conférence européenne sur certains aspects des services sanitaires destinés aux enfants d'âge scolaire. D'autre part, un symposium et un cours de formation collective portant sur la lutte contre les insectes vecteurs de maladies ont été organisés. En outre, l'OMS a complété son œuvre dans le domaine de l'anesthésiologie en collaborant à l'organisation, à Paris, d'un cours international de formation collective destiné aux personnes de langue française et analogue au cours qui continue d'être donné en anglais au Centre d'anesthésiologie de Copenhague. Un cours de formation collective en matière de santé publique a été institué à Göteborg pour les pays scandinaves, cependant que la première conférence européenne sur l'éducation sanitaire s'est tenue à Londres.

Programmes se rapportant à des pays déterminés

Toute distinction entre les programmes inter-pays et les programmes n'intéressant qu'un seul pays devient assez artificielle en Europe. En fait, la plupart des travaux entrepris avec l'aide de l'OMS dans des pays déterminés tendent de plus en plus à constituer l'aspect national d'un programme plus large, d'intérêt régional. Tous les Membres actifs de la Région européenne participent aux programmes inter-pays. Presque tous ont maintenant accueilli soit une conférence régionale, soit un colloque, soit un cours de formation collective. Ils ont aussi participé à peu près tous au programme de bourses d'études individuelles imputées sur le budget ordinaire ou sur les fonds de l'assistance technique.

Dans les pays eux-mêmes se manifeste un grand intérêt pour les programmes visant à renforcer les établissements nationaux d'enseignement, notamment en matière d'enseignement supérieur de la santé publique (Autriche, Grèce, Italie, Pays-Bas, Turquie et Yougoslavie), d'enseignement infirmier (Turquie) et de psychiatrie (Danemark). L'OMS participe de plusieurs façons à ces activités : des fonctionnaires sanitaires régionaux aident à l'élaboration et à l'exécution de plans de travail ; des conférenciers sont envoyés dans les pays ; des bourses d'études sont octroyées à des membres du corps enseignant ; enfin, l'OMS fournit du matériel d'enseignement et elle renforce les services de documentation médicale.

Les pays portent aussi un large intérêt aux programmes de protection maternelle et infantile, qui ont été institués en liaison étroite avec les conférences et les cours collectifs de formation professionnelle inter-pays, dont certains ont été organisés par le Centre international de l'Enfance. Ces activités trouvent leur reflet dans les programmes généraux de protection maternelle et infantile, dans les efforts déployés en faveur des enfants prématurés et dans les initiatives destinées aux enfants diminués. L'OMS, généralement en collaboration avec le FISE, a apporté son aide à l'exécution de programmes de ce genre en Autriche, en Finlande, en France, en Grèce, en Irlande, en Italie, en Turquie et en Yougoslavie.

La troisième catégorie de programmes nationaux auxquels participe l'OMS, ici souvent encore avec le FISE, concerne la lutte contre les maladies transmissibles et surtout la tuberculose, le trachome et les maladies contagieuses courantes de l'enfance. L'OMS a, d'autre part, fourni son aide pour la production de vaccins et de sérums. En 1953, des programmes portant sur tel ou tel aspect de la lutte contre les maladies transmissibles ont été élaborés ou appliqués dans huit pays de la Région : Autriche, Espagne, Finlande, Grèce, Maroc (zone française), Tunisie, Turquie et Yougoslavie.

On trouvera dans la Partie IV une liste descriptive des projets établis dans les différents pays.

Bourses d'études

En 1953 ont été attribuées en Europe 287 bourses d'études au total, contre 592 l'année précédente. Cette diminution est plus apparente que réelle, étant donné que dans les chiffres afférents à 1953 il n'est plus tenu compte des « participants » aux conférences, colloques et symposiums inter-pays énumérés dans le Tableau I. Pour ce qui est des bourses d'études attribuées sur les fonds de l'assistance technique, en revanche, une diminution réelle s'est produite en raison de difficultés financières : il n'en a été attribué que 63 en 1953, contre 134 en 1952.

Le programme de bourses d'études demeure une des bases principales de l'activité de l'OMS en Europe. Il mérite de recevoir toute l'attention possible.

TABLEAU I. — PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants ou boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Administration de la santé publique						
Cours de formation collective à l'intention du personnel de la santé publique des pays scandinaves ; Göteborg EURO 60	2 mois 1er août-30 sept.	Suède	Danemark Finlande	Islande Norvège	20	Le Gouvernement suédois et le Bureau régional qui a participé à la rétribution du personnel enseignant.
Anesthésiologie						
a) Quatrième cours fondamental de perfectionnement pour anesthésiologistes, organisé au Centre d'anesthésiologie de Copenhague † EURO 52	1 an juin 1953-mai 1954	Danemark	Allemagne (République fédérale) Autriche	Espagne Italie Norvège	7	L'Université de Copenhague et le Bureau régional qui a envoyé des chargés de cours et procuré une partie du matériel d'enseignement.
b) Cours de perfectionnement pour anesthésiologistes, organisé au Centre d'anesthésiologie de Paris † EURO 62	1 an mai 1953-avril 1954	France	Allemagne (République fédérale) Belgique	Espagne Grèce Suisse Turquie	6	L'Université de Paris et le Bureau régional qui a envoyé un conseiller technique, un chargé de cours, et fourni une partie du matériel d'enseignement.
Assainissement						
Groupe d'étude chargé d'examiner la situation actuelle en Europe en ce qui concerne les méthodes classiques d'analyse de l'eau et les normes de qualité de l'eau de boisson, La Haye EURO 66	3 jours 8-10 déc.	Pays-Bas	Allemagne (République fédérale) Belgique	France Italie Royaume-Uni	6	Bureau du Siège et Bureau régional
Assistantes médico-sociales						
Continuation de l'étude pilote visant à déterminer la catégorie de personnel sanitaire le mieux adaptée aux besoins médico-sociaux des familles EURO 6	3 ans 1951-1953	France Royaume-Uni	—	—	—	La Fondation Rockefeller et le Bureau régional qui a envoyé le conseiller technique et assuré le secrétariat du comité consultatif technique.

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part aux activités inter-pays, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants ou boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Chirurgie thoraco-pulmonaire Cours de formation collective sur la chirurgie thoraco-pulmonaire, portant sur certains aspects des recherches cliniques et du traitement ; Groningue † EURO 27.3	3 semaines 6-24 mai	Pays-Bas	Allemagne (République fédérale) Autriche Danemark Espagne Luxembourg Maroc (zone française)	Norvège Royaume-Uni Suède Suisse Tunisie Yougoslavie	12	L'Université de Groningue et le Bureau régional qui a envoyé 2 chargés de cours.
Contrôle de la salubrité du lait Cours de formation collective sur le contrôle de la qualité du lait, organisé à l'intention du personnel des ateliers de pasteurisation du lait et des représentants des services sanitaires nationaux ; Rome † INTER-RÉGIONAL 9	4 semaines 20 oct.- 13 nov.	Italie	Autriche Finlande France	Grèce Yougoslavie	5	FAO, FISE, Bureau du Siège et Bureau régional
Education sanitaire Conférence organisée à l'intention des administrateurs de la santé publique et des personnes s'occupant activement de l'éducation sanitaire ; Londres EURO 25	9 jours 10-18 avril	Royaume-Uni	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Danemark Espagne Finlande France Grèce	Irlande Italie Norvège Pays-Bas Portugal Suède Suisse Turquie Yougoslavie	40	Le Bureau du Siège et le Bureau régional qui a envoyé une personne pour organiser la conférence et 5 directeurs des débats (l'UNESCO était représentée à la conférence).
Etude sur la séparation de la mère et de l'enfant Etude des effets produits sur le développement de l'enfant par la séparation de la mère au cours des premières années EURO 64	à partir de nov. 1952	France Royaume-Uni	—	—	—	Le Centre international de l'Enfance et le Bureau régional qui a pris en charge une partie des frais afférents aux équipes travaillant en France et en Angleterre.
Lutte contre les insectes *a*) Cours de formation collective pour le personnel médical et auxiliaire sur la lutte contre les maladies transmises par les insectes ; Rome † EURO 46	2 mois 1er juin- 31 juillet	Italie	Espagne France (Algérie) Maroc (zone française)	Portugal Turquie Tunisie Yougoslavie	10	Istituto Superiore di Sanità, Rome, et Bureau régional
b) Symposium sur la lutte contre les insectes vecteurs de maladies, à l'intention des experts et des fonctionnaires de la santé publique intéressés ; Rome EURO 23	6 jours 26-31 oct.	Italie	Espagne France Grèce	Maroc (zone française) Royaume-Uni Suisse	12	Istituto Superiore di Sanità, Rome, et Bureau régional

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part aux activités inter-pays, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants ou boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Maladies vénériennes *a*) Continuation des travaux de la commission intergouvernementale instituée pour lutter contre les maladies vénériennes parmi les bateliers du Rhin, et réunion pour l'examen du futur statut de la commission EURO 5	4 ans 1950-1953	Allemagne (République fédérale) Belgique France Pays-Bas Suisse	—	—	—	Le Bureau du Siège, l'OIT et le Bureau régional qui a contribué aux dépenses afférentes au fonctionnement de la commission et payé les frais de participation à la réunion.
b) Cours de formation collective sur les divers aspects de la lutte contre les maladies vénériennes s'appliquant plus particulièrement aux gens de mer ; Centre de démonstration et de formation professionnelle dans un port (Rotterdam) † EURO 59	12 semaines 21 sept.- 12 déc.	Pays-Bas	Allemagne (République fédérale) Espagne Finlande	France Italie Norvège Suède Yougoslavie	11	Le Bureau du Siège et le Bureau régional qui a envoyé 4 chargés de cours.
Médecine préventive et médecine sociale Conférence de professeurs d'hygiène et d'administrateurs de la santé publique sur l'enseignement post-universitaire de la médecine préventive et de la médecine sociale ; Göteborg EURO 22.3	5 jours 6-10 juillet	Suède	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Danemark Espagne Finlande France Grèce	Irlande Islande Italie Norvège Pays-Bas Portugal Royaume-Uni Suisse Tunisie Yougoslavie	20	Le Bureau du Siège et le Bureau régional qui a envoyé 3 directeurs de discussions et 4 administrateurs principaux de la santé publique.
Médecine du travail *a*) Cours de formation collective en matière d'hygiène industrielle ; Manchester et Roffey Park, Angleterre EURO 57	3 semaines 8-26 juin	Royaume-Uni	Allemagne (République (fédérale) Autriche Belgique Danemark Espagne	Grèce Italie Maroc (zone française) Suède Suisse Yougoslavie	11	British Council
b) Colloque sur la médecine du travail et ses rapports avec l'organisation des services sanitaires ; Milan EURO 32.2	6 jours 28 sept.- 3 oct.	Italie	Autriche Belgique Espagne France Grèce Luxembourg	Maroc (zone française) Portugal Suisse Tunisie Yougoslavie	49	L'OIT et le Bureau régional, qui a désigné une personne pour organiser le colloque et envoyé 7 conférenciers
Pédiatrie sociale Cours de formation collective sur la pédiatrie sociale ; Paris EURO 55.3	12 semaines 13 avril- 4 juillet	France	Allemagne (République fédérale) Belgique Espagne	Irlande Italie Norvège Turquie	7	Centre international de l'Enfance

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part aux activités inter-pays, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants	Participants ou boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Problèmes relatifs à la période périnatale *a*) Groupe d'étude sur les problèmes relatifs à la période périnatale ; Bruxelles EURO 39	7 jours 17-23 sept.	Belgique	Danemark, Finlande, France, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède	17	Le Gouvernement belge et le Bureau régional qui a envoyé 2 experts-conseils.
b) Cours de formation collective sur les problèmes relatifs aux périodes périnatale et néo-natale ; Paris EURO 55.4	6 semaines 12 oct.- 20 nov.	France	Belgique, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suisse	6	Centre international de l'Enfance
Réadaptation des enfants physiquement diminués Cours de formation collective pour assistants sociaux et spécialistes, sur la réadaptation des enfants atteints d'infirmité motrice ; Paris EURO 55.2	6 semaines 16 fév.- 28 mars	France	Espagne, Yougoslavie	2	Centre international de l'Enfance
Santé mentale et santé publique Colloque sur l'application des principes de santé mentale dans divers domaines de la santé publique, organisé pour les fonctionnaires de la santé publique et les psychiatres ; Amsterdam EURO 14.8	2 semaines 12-14 juillet	Pays-Bas	Allemagne (République fédérale), Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Suisse, Tunisie, Turquie, Yougoslavie	18	Le Gouvernement des Pays-Bas et le Bureau régional qui a fourni 2 conférenciers et 8 directeurs des débats.
Services d'hygiène scolaire Groupe itinérant d'étude pour le personnel supérieur des services d'hygiène scolaire, Danemark et Pays-Bas † EURO 40	3 semaines 9 avril- 1er mai	Danemark Pays-Bas	Allemagne (République fédérale), Autriche, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Islande, Luxembourg, Maroc (zone française), Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Yougoslavie	19	Le Bureau régional, qui a désigné 2 chefs de groupe.
Soins infirmiers de santé publique Conférence des infirmières de la santé publique ; Mont Pèlerin s/Vevey EURO 7.2	2 semaines 4-18 oct.	Suisse	Allemagne (République fédérale), Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Maroc (zone française), Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Turquie, Yougoslavie	47	Le Gouvernement suisse et le Bureau régional qui a envoyé 4 directeurs des débats et une personne chargée d'organiser la conférence.

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part aux activités inter-pays, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants ou boursiers §	Autres institutions participantes et rôle du Bureau régional
Tuberculose						
a) Cours de formation collective pour phtisiologues ; Istanbul † EURO 56	8 semaines à partir du 30 nov.	Turquie	Autriche Espagne Finlande Grèce	Maroc (zone française) Trieste Tunisie Yougoslavie	15	Le Centre antituberculeux de formation professionnelle et de démonstration d'Istanbul et le Bureau régional qui a fourni 2 chargés de cours.
b) Cours de formation collective sur la prévention de la tuberculose chez l'enfant, à l'intention des médecins et des fonctionnaires médicaux chargés des services de prévention de la tuberculose ; Paris EURO 55.1	6 semaines 5 janv.-14 févr.	France	Allemagne (République fédérale) Finlande	Grèce Italie Maroc (zone française)	5	Centre international de l'Enfance

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part aux activités inter-pays, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

Aperçu de quelques projets typiques

Il est difficile et parfois impossible d'exposer convenablement quels ont été dans l'espace d'une seule année les progrès de l'activité de l'OMS en Europe. Les tableaux ne permettent pas toujours de saisir l'interdépendance qui existe entre de nombreux projets, et il n'est pas facile non plus de suivre une activité déterminée pendant une période de plusieurs années. Dans les pages qui suivent, on s'est efforcé de remédier à cette difficulté en groupant certaines activités par catégories et en exposant les progrès accomplis au cours d'une période débordant le cadre de l'année considérée.

Maladies transmissibles

Alors que le paludisme est maintenant enrayé dans le sud de l'Europe et que les maladies vénériennes ont cessé de poser un problème grave dans la Région européenne, de nombreuses autres maladies transmissibles, en particulier d'origine virale, constituent toujours un danger. L'activité déployée par l'OMS dans la lutte contre les maladies transmissibles courantes de l'enfance, comme la coqueluche et la diphtérie, devra être examinée dans un rapport ultérieur, de même que les campagnes actuellement en cours contre le trachome dans trois pays de la Région. Le domaine est vaste, si bien qu'on se bornera à traiter ici de deux des problèmes posés par la lutte contre les maladies transmissibles.

Le premier de ces problèmes est celui des laboratoires de santé publique. Ces laboratoires sont indispensables pour l'application efficace des mesures modernes de santé publique. L'organisation des services de laboratoire est assez poussée dans certaines parties de l'Europe ; toutefois, quelques gouvernements ont demandé à l'OMS de les aider à améliorer les moyens dont ils disposent dans ce domaine. Aussi les bourses d'études ont-elles été accordées à des ressortissants de plus de la moitié des pays de la Région pour leur permettre d'étudier, tant en Europe qu'aux Etats-Unis d'Amérique, les maladies bactériennes, virales et rickettsiennes. Plusieurs laboratoires récemment rénovés, en Autriche et en Yougoslavie par exemple, sont actuellement capables d'exécuter une gamme étendue d'épreuves qui aident les médecins à poser un diagnostic exact et à prescrire un traitement efficace. Des chercheurs yougoslaves, après avoir bénéficié d'une bourse de l'OMS, ont mené des enquêtes épidémiologiques visant à déterminer la fréquence du typhus, de la brucellose et de la fièvre Q.

Le second problème est celui des zoonoses. A la fin de 1952 s'est tenue à Vienne une conférence européenne consacrée à l'étude de cinq des quatre-vingts maladies transmises à l'homme par les animaux — la tuberculose, la brucellose, la leptospirose, la fièvre Q et la rage — qui posent toutes de sérieux problèmes de santé publique en Europe. L'OMS et

la FAO ont publié conjointement un rapport sur cette conférence.[4] En Europe, bien souvent le lait livré à la consommation n'était pas exempt de danger, car il pouvait transmettre la tuberculose bovine et la brucellose. C'est pourquoi on a organisé à Rome, en 1953, un cours mixte FISE/FAO/OMS sur divers aspects du traitement du lait et des maladies qu'il propage (voir Tableau I). Grâce à l'éradication de la maladie chez l'animal, à la pasteurisation et à l'amélioration des mesures générales d'hygiène, le lait devient l'élément de consommation courante le plus important dans le régime alimentaire de l'Européen. La leptospirose provoque de nombreuses incapacités et fait perdre un grand nombre de journées de travail dans les rizières d'Espagne, qui occupent une surface de plus de 60.000 hectares et dans lesquelles travaillent, estime-t-on, plus de 100.000 ouvriers. Un expert-conseil de l'OMS a aidé le Gouvernement espagnol à définir l'ampleur du problème et à améliorer les mesures de lutte contre cette maladie. Toujours dans le domaine des zoonoses, l'OMS organisera une conférence sur la salubrité de la viande au début de 1954 et, par la suite, une réunion qui sera consacrée à l'étude des problèmes vétérinaires d'hygiène publique.

Services de santé publique

L'effort actuellement déployé en Europe dans le domaine sanitaire vise essentiellement à réorganiser les services de santé publique de façon à les adapter aux besoins actuels. Des rapports ultérieurs traiteront des programmes régionaux de soins infirmiers et de l'activité de l'OMS en matière d'éducation sanitaire de la population. Il conviendra également de parler, à une prochaine occasion, de l'action menée par l'OMS pour adapter les services médico-sociaux aux besoins des familles, de la lutte qu'elle entreprend contre l'alcoolisme, de l'importance qu'elle accorde à la santé mentale dans le cadre général des mesures de santé publique, et, enfin, de ses efforts toujours plus fructueux pour mettre fin, dans de nombreux pays, à la pénurie d'anesthésiologistes qualifiés. Dans le présent Rapport, on s'attachera spécialement aux aspects suivants de l'activité de l'OMS en Europe.

Assainissement

La diversité des formes de civilisation et l'inégalité du développement économique et social dans les différents pays européens se reflètent dans leur politique d'assainissement. L'OMS s'efforce d'harmoniser les systèmes appliqués dans les divers pays en facilitant l'adoption de normes internationales et l'amélioration des services nationaux d'assainissement.

Le Bureau régional de l'Europe a commencé très tôt à organiser périodiquement des colloques groupant des ingénieurs sanitaires européens. Il est apparu que ces colloques contribuaient très efficacement à diffuser des renseignements précieux auprès des participants, à favoriser le reclassement des spécialistes de la question et à renforcer la collaboration entre les ingénieurs sanitaires et les autres catégories de personnel des services nationaux de santé publique. Au cours d'une réunion d'experts européens, ceux-ci ont souligné la valeur de ces colloques et ont montré, avec exemples à l'appui, qu'ils avaient favorisé l'application de données techniques pour l'amélioration de l'assainissement.

Ces colloques ont eu aussi un heureux effet sur le développement de l'activité entreprise en matière d'assainissement au cours de l'année 1953. Ils ont périodiquement réuni des experts hautement qualifiés de tous les pays de la Région, pour la discussion de problèmes d'intérêt commun, dont certains trouveront par la suite leur solution dans le programme établi par l'OMS pour l'Europe. C'est ainsi que deux études internationales ont été entreprises : la première vise l'adoption, en anglais et en français, d'un glossaire des termes de génie sanitaire utilisés en Europe, ouvrage qui pourra également être adapté à d'autres langues ; la seconde, qui a débuté au cours de 1953, porte sur les méthodes d'analyse de l'eau et sur la définition des normes de qualité de l'eau potable. Elle s'inscrit dans le cadre d'une action plus vaste à laquelle participent les autres Régions de l'OMS et elle est menée en étroite collaboration avec le Bureau du Siège.

Le prochain colloque sur l'assainissement, qui aura lieu en 1954, sera consacré au problème de la pollution des eaux souterraines et des eaux de surface. Ce problème revêt une acuité de plus en plus grande dans de nombreux pays d'Europe, où les besoins d'eau pure pour l'usage domestique et industriel augmentent sans cesse, tandis que l'expansion de l'industrie en rend la solution plus difficile. Il devient nécessaire de mettre à jour la législation en vue de protéger de la pollution les masses d'eau formées par la nature, de façon qu'elles puissent continuer à être utilisées sans danger pour la boisson sans avoir à subir une épuration onéreuse. Ce problème préoccupe tout spécialement un certain nombre de pays de l'Europe centrale. Comme bien souvent plusieurs pays utilisent les mêmes cours d'eau, il sera nécessaire d'entreprendre une action internationale.

Enseignement de la santé publique

Il a été question plus haut des programmes tendant à renforcer les établissements nationaux qui donnent des cours supérieurs de santé publique. Une proportion élevée des bourses d'études individuelles attribuées au cours des années précédentes visaient également à permettre à leurs bénéficiaires de perfectionner leurs connaissances sur des problèmes particuliers de l'organisation de la santé publique

---

[4] Organisation Mondiale de la Santé (1953) *Zoonoses — Connaissances et techniques nouvelles*, Genève (*Organisation Mondiale de la Santé: Série de Monographies*, N° 19) ; a paru également dans *Etudes agricoles de la FAO*, N° 25

et de ses services. Etant donné la nécessité de reviser le système européen d'enseignement de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale, le Bureau régional, qui avait patronné à Nancy, en décembre 1952, une conférence sur l'enseignement de ces disciplines dans les écoles de médecine, a organisé à Göteborg, en juillet 1953, une conférence sur l'enseignement de la médecine préventive aux praticiens diplômés. Ces deux conférences ont réuni de nombreux professeurs et hauts fonctionnaires européens de la santé publique, auxquels elles ont fourni une occasion unique de faire le point de l'enseignement de la santé publique en Europe et d'étudier les mesures qu'il conviendrait de prendre. A la fin de l'année, un rapport sur cette réunion était en préparation.

De même, une série de groupes d'étude sur l'administration de la santé publique a été organisée conformément aux recommandations formulées en 1950 par un groupe spécial d'experts européens. Il s'agit de donner à des administrateurs expérimentés de la santé publique l'occasion d'examiner les problèmes auxquels ont à faire face d'autres pays, de manière à assurer graduellement une meilleure compréhension de ces problèmes et de l'état des services de santé publique en Europe.

Les buts immédiats des groupes d'étude sont les suivants : permettre aux participants de connaître les problèmes sanitaires qui se posent dans les pays d'accueil, d'évaluer les ressources dont on dispose pour y faire face, de voir par quels moyens le pays s'efforce de les résoudre et, finalement, de comparer les méthodes respectivement appliquées dans divers pays à l'égard des problèmes communs. Le premier groupe s'est rendu en Suède, en Ecosse et en Belgique en 1951 et le second en Norvège et en France au cours de l'automne 1952 ; ils étaient tous les deux dirigés par un administrateur de la santé publique expérimenté. Les services centraux de santé publique des pays dans lesquels les deux groupes se sont rendus avaient rédigé des brochures donnant, sur les conditions sociales et sur l'organisation et l'administration des services de santé intéressés, les renseignements dont les participants avaient besoin pour comprendre ce qu'ils allaient observer et discuter. Ces brochures fournissent déjà les éléments d'un rapport sur l'organisation des services de santé en Europe. Dix-huit pays européens participent maintenant régulièrement à ces voyages d'étude, et des dispositions ont été prises en vue de l'envoi d'un groupe en Allemagne et en Italie en 1954. Les participants et les gouvernements intéressés soumettent cette activité à un examen constant, et il est tenu compte des modifications qu'ils suggèrent dans l'organisation de chaque nouveau voyage. Ce travail a été examiné par le Comité régional au cours de sa troisième session et les gouvernements représentés ont été unanimes à reconnaître son utilité. Ces voyages, ont-ils estimé, ont été très instructifs pour ceux qui y ont participé, en leur permettant d'entreprendre une étude plus vaste et plus objective des problèmes administratifs et de comparer différents types d'administration. Certains des pays d'accueil ont constaté de leur côté qu'il leur avait été très utile de procéder à des préparatifs intensifs en prévision de la visite d'un groupe d'administrateurs expérimentés, auxquels ils avaient à montrer en un laps de temps relativement court, les aspects importants de leurs services de santé. Ceci ne s'applique pas seulement aux services centraux de la santé, mais aussi aux médecins et aux administrateurs de la santé publique.

Plusieurs gouvernements ont exprimé l'avis que cette façon d'étudier les problèmes de la santé publique donne, pour tous les intéressés, de meilleurs résultats que ne feraient des études individuelles dans ce domaine particulier.

Organisation des bibliothèques médicales

Etant donné l'importance des bibliothèques médicales pour les établissements d'enseignement, l'OMS a entrepris un programme visant à renforcer l'organisation des bibliothèques médicales dans certains pays de la Région. Ce programme avait pour objet de centraliser les ressources dans ce domaine, d'attribuer des bourses de perfectionnement à des bibliothécaires médicaux et de fournir la littérature médicale nécessaire pour l'enseignement de la médecine et la formation du personnel de la santé publique.

Le bibliothécaire-conseil de l'OMS s'est rendu dans plusieurs pays où les ressources des bibliothèques sont faibles ; il a constaté que l'extrême dispersion des livres et des périodiques (bureaux du personnel enseignant, bibliothèques des différentes facultés, petites bibliothèques des services hospitaliers, par exemple) et l'absence d'un catalogue collectif y rendaient la situation encore plus fâcheuse. Il en résulte souvent que des achats font double emploi et que la pénurie de bibliothécaires qualifiés empêche de tirer le meilleur parti possible des ressources existantes. C'est ainsi que l'étudiant en médecine ne peut guère se rendre compte de tout ce qu'il pourrait trouver dans les ouvrages médicaux de référence, ni faire usage des outils bibliographiques de sa future profession.

L'OMS a pu apporter son concours à ces pays sous forme de conseils et de bourses d'études. Par exemple, une bourse d'une année a été attribuée en 1952 à un bibliothécaire médical yougoslave. Pendant les neuf premiers mois, il a suivi un cours général de bibliothéconomie à l'Ecole de Bibliothécaires de Genève et a fait un stage à la Bibliothèque de l'OMS. Il a reçu ensuite une préparation intensive dans des bibliothèques médicales françaises et anglaises de premier plan. Il est rentré à Belgrade à l'expiration de sa bourse pour diriger des cours de bibliothéconomie de courte durée et organiser un fichier de la documentation relative à la santé publique. D'autre part, deux bibliothécaires médicaux finlandais ont reçu des bourses en 1953 et ont visité, en France, en Italie, en Suisse et au Royaume-

Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, des bibliothèques médicales réputées dont ils ont étudié l'organisation.

Des bibliothécaires d'Autriche, de Finlande, de Grèce, de Norvège, des Pays-Bas et de Yougoslavie ont sollicité une aide et des conseils en matière de système de classement, d'organisation des bibliothèques médicales, de techniques pour l'établissement de catalogues collectifs et pour l'élaboration de bibliographies dans divers domaines. De nombreux bibliothécaires médicaux de ces mêmes pays ont également demandé à l'OMS de patronner des cours de perfectionnement ou un colloque sur la bibliothéconomie médicale, traitant spécialement des problèmes auxquels ont à faire face les bibliothèques médicales d'Europe.

A la suite du Ier Congrès international sur les Bibliothèques médicales qui s'est tenu à Londres en juillet et auquel ont assisté un grand nombre de bibliothécaires médicaux éminents, le Bureau régional a convoqué un comité consultatif spécial formé de huit bibliothécaires d'Autriche, de Norvège, du Royaume-Uni, de Suède et de Yougoslavie, assistés d'un expert bibliothécaire des Etats-Unis d'Amérique, d'un expert-conseil qui avait été affecté au Centre de Bibliographie d'Ankara (Turquie), d'un représentant de la Division des Bibliothèques, de la Documentation et des Archives de l'UNESCO et du bibliothécaire de l'OMS. Se fondant sur les besoins qui se manifestent dans leurs pays respectifs et dans d'autres pays qu'ils avaient visités, les membres de ce comité ont recommandé qu'un colloque d'étude sur la bibliothéconomie médicale soit organisé en 1955. Cette réunion, qui grouperait vingt participants, serait chargée d'étudier les points suivants : 1) centralisation de la documentation médicale ; 2) collaboration entre bibliothèques médicales ; 3) bibliographie médicale et travaux de référence ; 4) relations extérieures, notamment démonstrations aux étudiants en médecine sur l'emploi des bibliothèques. La préparation proprement dite de ce colloque sera effectuée en 1954.

Mortalité infantile

Avec la baisse progressive des taux de la mortalité infantile générale, la prématurité est devenue une des principales causes de décès dans la période néonatale. Dans les pays où la mortalité infantile est faible, la prématurité est responsable de la moitié au moins de tous les décès de nouveau-nés. Depuis plusieurs années déjà, l'OMS et le FISE aident à la création ou au renforcement de services pour prématurés. A cet effet, ils forment des médecins et des infirmières et fournissent le matériel moderne nécessaire. Un service complet de soins aux prématurés implique un nombre de centres assez grand pour réduire au minimum le temps qu'il faut pour transporter le prématuré dans un incubateur portatif du lieu de sa naissance à un centre spécialisé. Au cours des deux ou trois dernières années, la France a, avec l'aide internationale, créé ou renforcé une quarantaine de centres dans des hôpitaux universitaires et autres ; ces centres sont généralement rattachés au service de pédiatrie. Les personnes et organismes intéressés ont chaleureusement accueilli cette initiative. Médecins et administrateurs des hôpitaux n'ont rien ménagé pour réserver des locaux convenables à cette fin. Ils ont fait appel à du personnel spécialement formé. D'autre part, des crédits ont été fournis pour le fonctionnement de ces centres, dont les principaux servent en même temps de centres nationaux de formation professionnelle dans ce domaine. L'OMS a accordé à plusieurs médecins et infirmières des bourses destinées à leur permettre d'aller recevoir à l'étranger une formation spécialisée.

L'expérience ainsi acquise en France a facilité la mise sur pied de services analogues en Italie, où sept centres ont été créés dans le nord du pays. La plupart sont rattachés à des hôpitaux universitaires. Sept autres centres seront établis plus tard dans diverses parties du pays. Le personnel chargé des centres pilotes italiens a reçu une formation complémentaire à Paris, grâce à un cours organisé dans cette ville par le Centre international de l'Enfance sur la demande de l'OMS et auquel ont également participé des membres du personnel des centres de Yougoslavie.

Bien qu'on ne dispose pas encore de données statistiques à ce sujet, il y a de bonnes raisons de penser que l'institution de ces services perfectionnés contribuera à réduire la mortalité par prématurité.

La prématurité est certes un facteur important de mortalité périnatale, mais ce n'est pas le seul. Aussi un groupe d'étude s'est-il réuni à Bruxelles en septembre pendant une semaine pour procéder à des échanges de vues et de renseignements sur l'ensemble de la période périnatale, qui pose un problème d'une importance toute spéciale dans les pays où la mortalité infantile est la plus faible. Des obstétriciens, des pédiatres, des infirmières de la santé publique et des sages-femmes de huit pays d'Europe occidentale ont participé aux débats, au cours desquels les causes de mortalité périnatale ont été discutées et certaines conclusions générales ont été tirées. Il a été recommandé que des contacts étroits soient établis entre les personnes qui étudient ce problème sur le plan national, que les connaissances cliniques et l'expérience pratique soient appliquées à l'organisation de services de protection maternelle et infantile et à la formation du personnel, que l'incidence des conditions sociales et économiques sur la mortinatalité et la prématurité soit étudiée et que des recommandations soient formulées pour leur amélioration. Un rapport complet sur les travaux de ce groupe d'étude est en préparation.

Santé mentale et développement de l'enfant

L'action déployée par l'OMS pour protéger la santé mentale des enfants d'Europe découle essentiellement d'initiatives du Bureau du Siège et de recommandations de comités d'experts. En outre, les monographies sur les soins maternels et la santé

FORMATION D'INFIRMIÈRES EN BIRMANIE

A mesure que, dans toutes les parties du monde, se développent les services de santé publique, il devient nécessaire d'augmenter le nombre des infirmières et des auxiliaires aptes à être enrôlées dans l'équipe sanitaire. L'OMS aide les gouvernements dans cette tâche.

A l'école d'infirmières de l'hôpital général de Rangoon (Birmanie), les élèves apprennent les rudiments de l'anatomie.

Dans une salle de la même école, une infirmière monitrice, formée à cette tâche par les monitrices de l'OMS, montre comment il faut panser un malade chirurgical.

ÉDUCATION SANITAIRE EN BIRMANIE

Au dispensaire pour enfants du centre de protection maternelle et infantile de Goodliffe, près de Rangoon, des infirmières visiteuses sont initiées à l'emploi des fiches d'observation des malades.



Une infirmière de la santé publique démontre à des infirmières visiteuses comment administrer aux enfants de l'huile de foie de poisson en capsules.



Consultation post-natale à domicile. L'infirmière enseigne à une jeune mère la pratique des soins à donner aux nourrissons.



Au centre, une élève-infirmière assiste à l'examen de deux jumeaux de 14 jours. Debout derrière la mère, la *let-the* ou *dai* (sage-femme non diplômée) qui a fait l'accouchement.



La pesée d'un nourrisson par une élève du centre. Devant elle, la fiche où elle consigne ses observations.



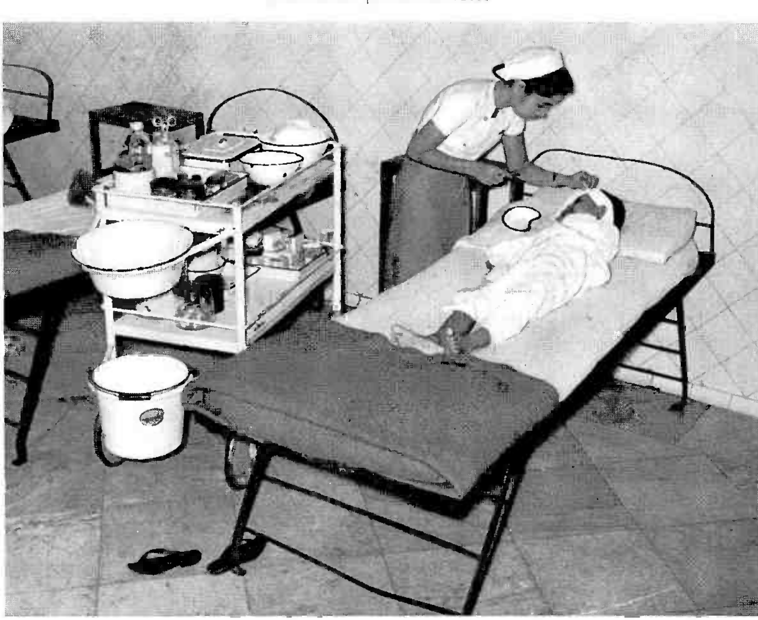
Cette autre élève-infirmière explique à une mère comment utiliser des aliments solides dans l'alimentation de son nourrisson.



Lors d'une visite à domicile, l'infirmière de la santé publique examine les enfants de la famille sous l'œil attentif de deux élèves du centre.



Une infirmière de l'hôpital général de Rangoon soigne un nourrisson atteint de pneumonie...



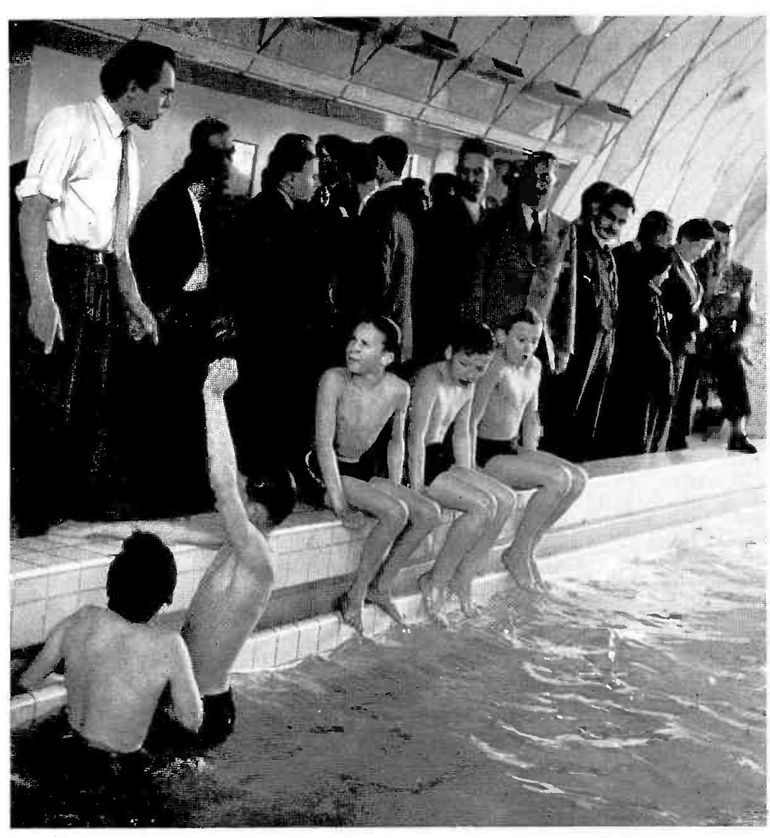
... tandis que, dans la salle de chirurgie infantile du même hôpital, une de ses collègues panse l'œil d'un jeune malade.



Une infirmière du centre de protection maternelle et infantile donne des soins à domicile à une jeune mère tuberculeuse. Ce traitement se fait sous le contrôle du dispensaire antituberculeux.

UNE VISITE AUX SERVICES D'HYGIÈNE SCOLAIRE DU DANEMARK ET DES PAYS-BAS

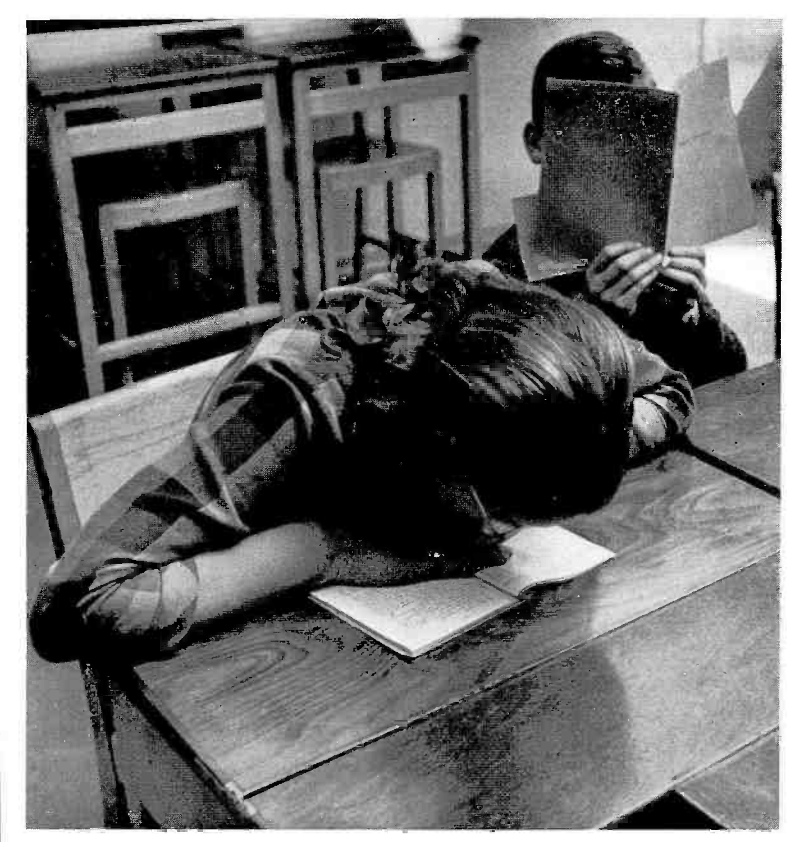
Un groupe d'étude de l'OMS, composé de médecins des Régions de la Méditerranée orientale et de l'Europe, a visité les services d'hygiène scolaire du Danemark et des Pays-Bas au cours d'un voyage de deux semaines. Les méthodes éducatives créées à l'usage des enfants physiquement diminués ont particulièrement retenu l'attention des délégués.



Les membres du groupe d'étude contemplent la piscine où s'ébattent les petits pensionnaires de l'Institut royal pour aveugles de Refsnaes (Kalundborg, Danemark).



Trois médecins du groupe d'étude examinent une fillette pendant la visite médicale qui, pour chaque enfant danois, est obligatoire au moins une fois par an.



Grâce aux méthodes d'enseignement appliquées par l'Institut royal pour aveugles de Refsnaes, les enfants qui ont perdu complètement ou partiellement la vue peuvent suivre le programme des écoles ordinaires.



Au jardin d'enfants de Copenhague pour les enfants sourds, un jeune garçon apprend à parler. Il touche les muscles de la gorge et du visage de l'institutrice pendant qu'elle articule le nom d'un objet familier, et il essaie de l'imiter.

mentale et sur les aspects psychiatriques de la délinquance juvénile ont défini les objectifs d'une série de projets que le Bureau régional a entrepris en collaboration avec d'autres organisations depuis 1950. En France et au Royaume-Uni, l'OMS et le Centre international de l'Enfance patronnent des études de longue haleine sur la carence de soins maternels. L'OMS a participé à des réunions organisées par les Nations Unies et le Centre international de l'Enfance sur l'enfance sans foyer et le placement dans un foyer nourricier, ainsi qu'à des conférences convoquées par l'UNESCO sur l'éducation et la santé mentale des enfants. Des cours collectifs sur la pédo-psychiatrie ont été organisés par le Centre international de l'Enfance en 1950 et par l'Association internationale de Pédiatrie en 1951. En 1952, l'OMS a organisé à Lillehammer (Norvège) un colloque sur la pédo-psychiatrie et la guidance infantile ; le rapport sur ce colloque a été largement diffusé. Plus tard au cours de la même année, seize pays européens ont envoyé plusieurs de leurs ressortissants à un cours d'été sur la santé mentale et le développement de l'enfant que la Fédération mondiale pour la Santé mentale avait organisé à Chichester avec des fonds fournis par l'OMS. En 1953, un groupe consultatif spécial a discuté de l'importance que présentait pour l'enfant l'existence de relations de travail étroites entre pédiatres et pédo-psychiatres. Ces travaux ont frayé la voie à une conférence d'étude sur les enfants hospitalisés qui se tiendra à Stockholm en septembre 1954.

Au cours de ces quatre années, les divers pays ont de leur côté déployé une activité importante dans ce domaine. Les pays scandinaves ont organisé des colloques nationaux calqués sur celui de Lillehammer. L'OMS a aidé au développement des services de guidance infantile d'Autriche, de France et d'Irlande. D'une façon plus générale, le pourcentage croissant de bourses individuelles demandées en vue d'études sur les problèmes de santé mentale de l'enfance reflète l'intérêt porté en Europe à cet aspect de la santé de l'enfant.

Médecine du travail

Si quelques problèmes particuliers intéressant les relations humaines dans l'industrie avaient déjà été étudiés depuis quelque temps par le Bureau régional, les colloques européens sur la médecine du travail ont constitué la première activité régionale dans ce domaine. Ces colloques avaient pour but essentiel de réunir des fonctionnaires de la santé publique, des médecins du travail et des médecins inspecteurs d'usines, ainsi que de réduire l'isolement dans lequel se trouvent les services de médecine du travail dans de nombreux pays européens. L'OIT a été priée de collaborer à cette initiative car ce problème n'intéresse pas seulement les médecins du travail, les fonctionnaires de la santé publique, les médecins inspecteurs d'usines et les infirmières d'usines, mais encore les syndicats, les employeurs et les services de sécurité sociale. Deux colloques ont été organisés, le premier (en anglais) à Leyde (Pays-Bas) à la fin de 1952 et le second (en français) à Milan en septembre 1953. Tous les pays européens ont été invités à envoyer des participants à l'une ou à l'autre réunion.

L'ordre du jour des deux colloques était à peu près le même. Il portait notamment sur des questions telles que la réadaptation professionnelle, la santé mentale, les problèmes relatifs à la santé des vieux travailleurs, les services de médecine du travail dans les grandes et les petites entreprises, l'absentéisme et les tendances de la législation relative à la médecine du travail. Toutes ces questions revêtaient un intérêt particulier pour chacune des catégories de participants. Le programme comportait la visite d'usines et spécialement de leurs services médicaux.

Les participants ont insisté sur l'importance de la collaboration entre les différentes organisations nationales chargées de la protection médico-sociale des travailleurs. Certains résultats ont été immédiatement obtenus : des échanges d'informations ont eu lieu sur des problèmes particuliers de médecine du travail, l'intérêt commun porté à cette question a été renforcé et la collaboration entre les différentes organisations nationales intéressées a été resserrée. Ces colloques ont en outre permis de réunir des renseignements sur les services de médecine du travail existant dans les pays européens et de pressentir des personnalités influentes, dignes de confiance et expérimentées, qui seraient en mesure de participer aux activités futures dans ce domaine. Ils ont également donné à des équipes nationales la possibilité de formuler des suggestions constructives pour les programmes nationaux et internationaux futurs en matière de médecine du travail.

Il est encore trop tôt pour évaluer les résultats lointains de ces réunions. On peut cependant dire d'ores et déjà que la Finlande a décidé d'organiser un colloque entre pays scandinaves sur la médecine du travail, que la Turquie envisage de créer à Ankara un institut de médecine du travail, et que dans quelques-uns au moins des pays qui ont participé aux colloques on observe des signes certains d'une collaboration plus étroite entre les services de médecine du travail et les services généraux de la santé publique.

Un rapport sur les deux colloques était en préparation à la fin de l'année. Il sera adressé à tous les participants, aux gouvernements et aux instituts qui s'intéressent à la médecine du travail en Europe. On s'efforcera en même temps de pousser plus loin l'analyse des résultats obtenus. Pour l'avenir, l'OMS se propose, en collaboration avec l'OIT, d'aider à établir et renforcer des programmes bien conçus et coordonnés visant la protection médico-sociale des travailleurs.

* * *

Perspectives d'avenir

Les Etats Membres collaborent aujourd'hui de façon très active à l'élaboration des plans d'activité de la Région européenne, si bien que l'action internationale qui en découle commence à répondre de beaucoup plus près aux besoins de la Région. Comme on l'a vu plus haut, le Bureau régional a besoin, pour développer son activité en Europe, d'une organisation plus stable du personnel et d'un siège permanent. La solution de ces deux problèmes est en vue, mais la condition primordiale à laquelle est subordonnée l'utilité de l'action future de l'OMS en Europe est la stabilité budgétaire. Les réalisations resteront toujours en deçà des intentions aussi longtemps que les fluctuations des fonds de l'assistance technique interrompront régulièrement toutes les activités de l'OMS. En Europe, où les perspectives concernant ces fonds sont peut-être moins certaines que dans d'autres Régions de l'OMS, l'avenir semble dépendre en grande partie des possibilités techniques et financières qu'aura l'Organisation d'intégrer dans le programme ordinaire les plus importantes des activités d'assistance technique.

Dans le proche avenir, le Bureau régional continuera sans nul doute à exercer essentiellement son activité dans les grands domaines de l'échange des informations, d'une part, de l'enseignement et de la formation professionnelle, d'autre part. De plus amples études préliminaires sur les problèmes ou les services sanitaires devront être entreprises avant que ces questions puissent faire utilement l'objet d'une conférence ou d'un colloque régional.

Un autre enseignement se dégage maintenant de l'expérience acquise en Europe ; c'est qu'il y a eu une trop grande dispersion des activités dans les divers domaines sanitaires dans lesquels les pays sont prêts à progresser. La nécessité d'élaborer des techniques pour les programmes inter-pays et les demandes d'assistance des gouvernements pour leurs programmes nationaux complémentaires ont eu pour résultat la mise en train en 1953 d'activités régionales dont le volume commence à dépasser les possibilités du Bureau régional, si toutefois celui-ci entend les mener à bien. Il importera certainement à l'avenir de réduire le nombre des programmes et de les améliorer. Une question d'une importance particulière est l'aide que l'OMS est et sera de plus en plus invitée à donner pour adapter les conclusions générales d'une étude, d'une conférence ou d'un colloque régional aux besoins particuliers des pays et à leur capacité d'amélioration technique. Elle sera sans doute appelée de ce fait à accorder une plus grande importance à l'aide directe aux pays, tout en conservant les éléments les plus valables des programmes inter-pays. Si elle entend suivre les activités déployées dans le cadre des programmes inter-pays jusqu'à leur aboutissement sur le plan national, l'Organisation devra incontestablement assumer des tâches nouvelles et choisir avec le plus grand soin les activités qu'elle compte entreprendre, faute de quoi les travaux commencés risqueront souvent d'être interrompus.

On peut envisager de nombreuses améliorations dans les programmes tendant à développer l'enseignement et la formation professionnelle. Il y a certainement beaucoup à faire en ce qui concerne les normes d'enseignement, encore que les conférences de Nancy et de Göteborg sur l'enseignement de la médecine préventive et de la médecine sociale aient déjà accompli un utile travail dans ce sens. La création d'établissements nationaux de formation professionnelle, le parrainage, par deux ou plusieurs pays, de centres de formation professionnelle et le développement des moyens de formation collective sont autant de questions qui appelleront l'intervention de l'OMS en Europe pendant plusieurs années. Les programmes visant essentiellement à provoquer des échanges de renseignements par des groupes d'étude, des conférences, des colloques et des symposiums, demandent à être étudiés avec soin, notamment en ce qui concerne les techniques appliquées, pour justifier pleinement le travail considérable que nécessite leur organisation. Même dans un domaine aussi ancien que le programme de bourses d'études, il se pose toute une série de problèmes (choix, placement, contrôle du travail des boursiers pendant et après le stage) sur lesquels devra se porter dans un proche avenir l'attention des Etats Membres et celle de l'OMS.

CHAPITRE 15

RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE [1]

Problèmes de la Région

Il existe dans la Région deux catégories différentes de pays : ceux qui ne possèdent pratiquement pas de services sanitaires et ont besoin d'une aide de l'OMS pour en établir les fondements, et ceux qui ont des services sanitaires mais qui désirent obtenir une assistance en vue de les améliorer et de les renforcer. Il s'ensuit que les plans généraux de travail de l'Organisation dans cette Région doivent conserver une certaine souplesse ; dans certains cas il pourra être nécessaire d'apporter des modifications considérables aux règles habituellement suivies lorsqu'il s'agira de les appliquer dans des pays moins évolués. Néanmoins il se pose des problèmes communs à tous les pays de la Région.

L'un de ces problèmes consiste à assurer au personnel des services de santé publique la stabilité de l'emploi et des conditions raisonnables de travail. Dans la Région de la Méditerranée orientale, ce personnel n'est pas rémunéré d'une façon qui lui permette d'avoir un niveau de vie et une position sociale correspondant à ses responsabilités. Aussi est-il parfois difficile de trouver, pour ces postes, des candidats possédant les compétences souhaitées ; on ne peut, d'autre part, imposer un service à plein temps à des employés qui sont dans l'obligation de compléter leur traitement par l'exercice d'une activité privée. En raison de cette situation et par suite de la pénurie de personnel sanitaire technique dont souffrent de nombreux pays de la Région, certains gouvernements n'ont pas été en mesure d'adjoindre des membres du personnel national aux équipes internationales. Il est possible de surmonter partiellement cette difficulté grâce à un emploi plus intensif d'auxiliaires, mais ce n'est là qu'une solution temporaire : seule, l'amélioration des conditions fondamentales d'emploi et de travail pourra assurer la continuation des travaux lorsque l'aide internationale aura pris fin.

Un autre problème qui intéresse la plupart des pays de la Région est l'utilisation judicieuse des bourses d'études. La condition essentielle, selon laquelle les boursiers doivent être désignés parmi des candidats qui retourneront dans leur pays et se mettront au service de leur gouvernement durant une période raisonnable, est fréquemment négligée, parfois à cause des conditions d'emploi peu satisfaisantes dont il a été question plus haut, mais quelquefois aussi parce que les gouvernements intéressés n'ont pas pris les dispositions nécessaires pour pouvoir employer les boursiers qui ont terminé leurs études.

Une autre difficulté, enfin, tient à ce que la plupart des gouvernements, tout en étant à même d'établir leurs plans un an à l'avance, ne sauraient aisément élaborer des programmes pour des périodes plus longues ; il s'ensuit que le cycle des opérations de l'OMS ne concorde pas avec celui des activités de ces gouvernements, puisque les programmes de l'Organisation doivent être préparés deux ans à l'avance et que l'exécution d'un grand nombre de ses projets s'échelonne sur plusieurs années. Des changements d'ordre politique ou financier peuvent également faire obstacle, dans ces pays, au développement d'une collaboration continue.

Dans le premier des deux groupes de pays mentionnés plus haut, c'est-à-dire dans ceux qui ne possèdent pas encore de véritables services de santé publique, on tend à recourir toujours davantage aux équipes de l'OMS pour la mise en train des projets, les gouvernements ne disposant pas du personnel nécessaire à cet effet. Dans les projets de ce genre, c'est habituellement le gouvernement intéressé qui propose lui-même les travaux jugés nécessaires ; tout en sachant de quelle manière ceux-ci devront être exécutés, il peut n'être pas en mesure de les entreprendre lui-même ou de fournir dès le début une équipe nationale homologue. C'est ainsi, par exemple, que la plupart des gouvernements reconnaissent parfaitement la nécessité de former du personnel auxiliaire, mais ils se trouvent souvent dans l'impossibilité de mettre à exécution des projets de ce genre au moyen de leurs propres ressources. Grâce à l'assistance de l'OMS, des ressortissants de ces pays pourront être envoyés à l'étranger pour y acquérir une formation professionnelle ou pourront recevoir celle-ci sur place ; au bout de quelques années, le projet sera ainsi en plein développement et sa continuation sera entièrement assurée par le gouvernement. L'assistance accordée par l'OMS dans

[1] Conformément aux décisions des Première, Deuxième et Cinquième Assemblées Mondiales de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330 ; **21**, 17, 53 ; **42**, 31), cette Région comprend : Aden, l'Arabie Saoudite, Chypre, la Côte française des Somalis, l'Egypte, l'Ethiopie, l'Irak, l'Iran, Israël, le Liban, la Libye, le Pakistan, le Royaume Hachimite de Jordanie, la Somalie britannique, la Syrie, la Turquie et le Yémen. Conformément aux résolutions WHA5.46 et WHA6.46, la Turquie a été provisoirement transférée à la Région de l'Europe, la Somalie britannique à la Région africaine; la Somalie sous tutelle ainsi que Bahrein, Koweit Katar et les Territoires sous régime de traité ont été provisoirement rattachés à la Région de la Méditerranée orientale.

des activités de ce genre, pour lesquelles le principe des deux équipes parallèles ne peut pas être pleinement appliqué, semble constituer, sans doute, une dérogation aux règles établies, mais c'est souvent sous cette forme qu'une aide peut être le plus utilement accordée. Le projet de formation en matière de protection maternelle et infantile entrepris à Lahore en offre un exemple.

En envoyant dans les pays de ce groupe des conseillers en santé publique, on aiderait grandement les gouvernements à répartir judicieusement leurs fonds entre les activités sanitaires curatives et les activités préventives, les premières tendant habituellement à revêtir une importance trop grande par rapport aux secondes. Dans ce groupe de pays, le budget sanitaire est généralement très insuffisant ; il ne dépasse pas 5%, et le plus souvent représente 2% ou une fraction moindre encore, des revenus du gouvernement. Il importe donc que tout projet entrepris dans les pays en question le soit pour une longue durée et ne soit pas exposé à des fluctuations ou à des annulations extrêmement décourageantes pour des services de santé qui se trouvent encore au stade initial de leur développement. C'est incontestablement aux fluctuations survenues dans le personnel de l'OMS qu'il convient d'attribuer, en partie, les difficultés initiales auxquelles s'est heurté le projet de lutte antivénérienne entrepris par l'OMS en Egypte (voir page 101).

En ce qui concerne les pays plus évolués, l'OMS peut leur venir en aide en accordant des bourses d'études et en donnant des avis aux gouvernements pour faciliter la mise en train de certains de leurs propres projets. Dans les pays de cette catégorie qui possèdent déjà une administration sanitaire, l'une des tâches les plus urgentes consiste à créer des laboratoires de la santé publique, dans les services centraux pour commencer, et, ultérieurement, dans les villes ou les provinces. Il convient également de vouer, dans ces pays, une plus grande attention à l'organisation des services centraux de statistique, y compris les statistiques sanitaires.

Par ailleurs, on ne se préoccupe relativement pas assez, dans la Région, du problème des services d'hygiène scolaire. L'un des premiers symptômes du développement d'un pays est le désir d'intensifier l'éducation, et les activités d'hygiène scolaire même sous leur forme la plus simple constituent, lorsqu'elles sont convenablement organisées, le moyen le plus efficace d'entreprendre l'éducation sanitaire de la population. Les activités de ce genre peuvent parfaitement se relier à des programmes de distribution de repas dans les écoles : il serait extrêmement regrettable que les pays de la Région en viennent à croire que ces programmes suffisent, en eux-mêmes, à assurer le bien-être des écoliers.

Comité régional

Il n'a pas été possible, en 1953, de réunir le Comité régional de la Méditerranée orientale, ni les deux sous-comités envisagés par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, ce qui a considérablement entravé les travaux de la Région.

Bureau régional : Questions administratives et organisation

La structure du Bureau régional est demeurée la même qu'en 1952 et il n'y a pas de changements notables à signaler à cet égard. Tous les postes autorisés ne sont pas encore pourvus, car il n'a pas été possible de recruter le personnel technique nécessaire et il ne semble pas que l'on puisse faire grand-chose, à l'heure actuelle, pour remédier à cette situation. La pénurie de personnel technique a souvent empêché le Bureau régional de rester en contact avec le personnel opérant dans les divers pays de la Région ou de lui accorder un appui suffisant. Des plaintes ont été formulées à ce sujet par le personnel en mission, mais l'obligation de reviser les programmes par suite des fluctuations survenues dans le montant des fonds de l'assistance technique a imposé au Bureau régional un surcroît de travail, qui a eu pour résultat d'aggraver une situation déjà difficile. Des indications supplémentaires sont données sur ce point dans le paragraphe qui traite des fonds de l'assistance technique.

Le recrutement du personnel chargé de l'exécution des projets s'est également heurté à des difficultés : il n'est pas aisé de trouver des spécialistes qualifiés, car la connaissance technique d'une branche n'est pas suffisante ; ils doivent également posséder la faculté d'adaptation et l'équilibre nécessaires pour être capables de fournir un travail efficace dans des conditions auxquelles ils ne sont pas habitués et qui, souvent, diffèrent sensiblement de celles qu'ils ont pu connaître au cours de leur formation ou de leur activité antérieure. L'absence de ces qualités risque de susciter des malentendus avec les gouvernements et les populations, ce qui peut entraîner des pertes de temps et d'argent et imposer au Bureau régional une lourde tâche en ce qui concerne les ajustements indispensables.

Les gouvernements se sont fréquemment heurtés à des difficultés dans l'application de la Convention sur les Privilèges et Immunités, et il en est résulté des retards dans l'accomplissement des formalités douanières, non seulement pour les fournitures et le matériel destinés aux gouvernements, mais aussi pour les effets personnels des envoyés de l'OMS.

Envisagées isolément, ces difficultés administratives peuvent paraître sans gravité, mais leur accumulation provoque finalement un sentiment de malaise et d'incertitude et risque, par suite, d'entraver sérieusement l'aide que le personnel, plus particulièrement le personnel affecté aux projets, est chargé d'apporter aux pays intéressés. Le remède à cette situation réside évidemment dans une meilleure compréhension réciproque des besoins de ces pays ainsi que des buts de l'Organisation.

En revanche, on a pu constater, durant l'année, une amélioration dans l'envoi des fournitures destinées aux projets de l'OMS.

Services de caractère général assurés par le Bureau régional

Le Bureau régional a accompli, en 1953, un travail important dans des domaines tels que le rassemblement et la diffusion des informations épidémiologiques, la distribution de bourses d'études, l'organisation des cours de formation collective et l'information.

Le Bureau régional a, durant l'année, continué de collaborer avec un certain nombre d'autres organisations, en particulier avec l'Organisation des Nations Unies lors de la réunion d'experts régionaux convoquée par cette organisation et consacrée à la formation du personnel auxiliaire et aux questions administratives et financières, avec la FAO à propos des programmes régionaux, et avec l'Administration de l'Assistance technique (Nations Unies) et les organismes bilatéraux d'assistance technique. Le Bureau a également maintenu ses relations avec des groupements tels que la Commission des Questions sanitaires de la Ligue des Etats arabes, la Société égyptienne d'Ophtalmologie, la Société franco-libanaise de Médecine, l'US Naval Medical Research Unit, de nombreuses sociétés nationales antituberculeuses ainsi que plusieurs sociétés de protection infantile.

Des progrès ont été réalisés dans le domaine de l'information. On commence à connaître assez bien l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale ; ce résultat a été, en partie, obtenu grâce aux moyens usuels d'information, mais il est dû encore davantage à l'action des nombreuses équipes de l'OMS qui opèrent dans les pays ; les renseignements concernant leurs travaux se communiquent de bouche à bouche, ce qui revêt une importance particulière dans une Région où la presse ne constitue pas le principal moyen d'information des masses et où les stations de radiodiffusion sont peu nombreuses. Les voies usuelles ne permettant pas d'atteindre le grand public, il importe d'utiliser plus largement les ressources de la propagande visuelle — illustrations, expositions, films et bandes fixes — et c'est dans cette direction que porteront principalement les efforts.

La diffusion régulière de communiqués de presse en français, en arabe et en anglais s'est poursuivie et de nombreux articles ont été préparés par les journalistes eux-mêmes. Toutefois, la quantité de matériel disponible en persan, en ourdou et en bengali, ainsi que dans divers autres idiomes de la Région, s'est révélée insuffisante, mais la situation s'améliore à cet égard. Des publications spéciales sur les travaux entrepris dans la Région ont été éditées et diverses brochures ont été traduites en arabe. La diffusion des publications s'est améliorée. On se propose de publier, si les ressources financières le permettent, une brochure de vulgarisation illustrée, rédigée dans un style très simple et accessible aux éléments de la population qui ne savent pas lire très couramment. On dispose, actuellement, de photographies meilleures et plus nombreuses et on en fait un plus large usage : diverses expositions ont été préparées (dont une à l'occasion du troisième symposium médical du Moyen-Orient, tenu à Beyrouth) ; le matériel produit au Bureau du Siège, il y a deux ans, pour servir à des expositions itinérantes, a été utilisé sous des formes diverses. On a eu recours à un plus grand nombre de films de propagande, notamment à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé qui, maintenant, est régulièrement célébrée dans la plupart des pays de la Région. Les gouvernements prêtent leur concours pour faire connaître l'OMS et ces efforts ne se trouvent entravés que par l'insuffisance des fonds et du personnel disponibles.

Fonds de l'assistance technique

On a pu voir, dans les paragraphes qui précèdent, combien nombreux sont les facteurs dont il est indispensable de tenir compte dans les activités sanitaires de la Région et combien il est nécessaire de mesurer exactement l'importance qu'il convient d'accorder à chacun d'eux. On comprendra aisément les répercussions exercées sur ces activités par les réductions et les ajournements auxquels il a fallu procéder en 1953, à la suite de la diminution imprévue des fonds de l'assistance technique. L'incertitude presque complète qui régnait au sujet du montant des fonds d'assistance technique disponibles en 1953 ou qui seraient éventuellement accordés en 1954 (voir chapitre 18), ainsi que les annulations et les ajournements qui en résultèrent dans les programmes régionaux, ont eu dans la Région de la Méditerranée orientale une influence extrêmement démoralisante sur tous les intéressés — sur les fonctionnaires des services de santé des divers pays, sur les membres du personnel de l'OMS obligés d'expliquer ces changements à leurs collègues nationaux, sur les conseillers régionaux ainsi que sur les membres des services administratifs et des services chargés de l'élaboration des plans. Il est difficile d'apprécier exactement dans quelle mesure les résultats qui avaient été acquis précédemment en obtenant la confiance des gouvernements et en encourageant ceux-ci à développer leurs propres services de santé ont été ou seront compromis par ces fluctuations qui, déjà pénibles et paralysantes pour le personnel de l'OMS, auront nécessairement des répercussions encore plus graves pour les gouvernements de la Région.

Bourses d'études et cours de formation professionnelle

A la date du 31 décembre le nombre des bourses d'études accordées était de 195, dont 137 sont imputées sur le budget ordinaire, 56 sur les fonds de l'assistance technique et 2 sur les sommes allouées par le FISE. On trouvera dans l'annexe 16 des tableaux indiquant la répartition de ces bourses.

Sept autres bourses d'études ont été attribuées à des candidats choisis dans la Région pour leur permettre de suivre le cours sur le trachome qui a commencé, en février 1953, au Memorial Ophthalmic Hospital du Caire ; cinq boursiers de la Région européenne ont également suivi ce cours et tous les participants ont eu la possibilité d'assister au cours régional sur les maladies oculaires, organisé, à l'occasion du congrès jubilaire de la Société égyptienne d'Ophtalmologie, avec la participation de dix experts venant de neuf pays différents de la Région de la Méditerranée orientale. En outre, sept représentants de la Région ont fait partie du groupe d'étude itinérant que le Bureau régional de l'Europe a envoyé, en avril, au Danemark et aux Pays-Bas, pour visiter les services d'hygiène scolaire (voir Tableau I, page 90). De plus, un spécialiste du Pakistan a pris part à la conférence sur le paludisme tenue à Bangkok (voir page 5) et des bourses d'études ont été attribuées à 19 personnes de la Région pour leur permettre d'assister au colloque régional sur la santé mentale, tenu à Beyrouth en novembre et décembre. (Voir liste des colloques extra-européens à l'annexe 5.)

Afin de tirer le meilleur parti possible de certaines monnaies, un nombre croissant de boursiers possédant les connaissances linguistiques nécessaires ont été placés dans des pays où ces devises sont utilisées et où existent des moyens de formation répondant aux besoins des boursiers.

Aperçu de quelques projets typiques

Protection maternelle et infantile au Pakistan

Dans l'Etat du Pakistan, créé en 1947, le personnel médical ou paramédical était fort peu nombreux et les moyens de formation professionnelle étaient tout à fait insuffisants. On ne comptait, en 1950, que 15 écoles d'infirmières et 13 écoles de sages-femmes, ainsi que quelques autres cours de soins infirmiers de santé publique. Dans le domaine de la protection maternelle et infantile, il n'y avait qu'une spécialiste par 150.000 habitants.

Dans ces conditions, le Gouvernement fit porter principalement ses efforts sur la formation de personnel en hygiène de la maternité et de l'enfance. Les infirmières de la santé publique et les sages-femmes ayant une formation complète étaient très peu nombreuses, aussi les autorités décidèrent-elles de former des auxiliaires pour en faire des « infirmières visiteuses » : des jeunes femmes de bonne éducation suivirent, pendant 27 mois, des cours d'hygiène de la maternité, d'obstétrique, de soins infirmiers de santé publique et de pédiatrie. Le but pratique visé était d'assurer la formation de 30 auxiliaires par an, de façon à atteindre finalement la proportion d'une auxiliaire par 10.000 habitants. Ces auxiliaires suivirent, en outre, des cours sur l'éducation sanitaire et sur le traitement des maladies, car elles étaient appelées à travailler dans des régions où les autres services sanitaires sont peu développés et elles devaient être préparées à former et à surveiller les accoucheuses indigènes (dais).

La première école de formation professionnelle pour infirmières visiteuses fut créée à Lahore en 1951 avec l'aide de l'OMS et du FISE. L'école de santé publique du Pendjab servit de base pour l'exécution du projet, qui prévoyait en outre l'utilisation de plusieurs des hôpitaux pour femmes et enfants de Lahore ; l'enseignement de la santé publique, y compris les accouchements à domicile, fut organisé à partir de deux centres de protection maternelle et infantile. Une région avoisinant Lahore fut affectée à la formation pratique d'un groupe d'élèves, qui purent ainsi se familiariser avec les questions d'hygiène rurale. L'OMS fournit des bourses d'études et envoya une équipe internationale de six membres tandis que du matériel était procuré par le FISE.

Les autorités locales, à tous les échelons, accordèrent leur plein appui à ce projet. Un comité de coordination, comprenant de hauts fonctionnaires des services de santé, des médecins accoucheurs, des pédiatres, des infirmières et les membres de l'équipe internationale, s'est réuni régulièrement, a stimulé les efforts et suivi attentivement les progrès réalisés. Il continue à exercer son activité. L'attitude des élèves (dont le nombre s'est continuellement accru) a été très encourageante ; elles ont fait preuve d'un grand zèle dans leurs études ; malgré les traditions qui, dans la plupart de ces collectivités, écartent les femmes de la vie publique, elles sont devenues des auxiliaires très utiles et pleines d'enthousiasme qui sont en mesure de s'acquitter de façon satisfaisante de leurs responsabilités.

Ces possibilités de formation professionnelle ont été mises à profit par les écoles d'infirmières et par les étudiantes des écoles de médecine et des facultés universitaires de sciences politiques ; l'Institut d'Hygiène a prêté son concours pour quelques-uns des cours et deux élèves-assistantes sociales, envoyées par une organisation bénévole, ont été adjointes à l'équipe internationale. Ces divers contacts se sont révélés très utiles et ont servi à démontrer l'influence que l'exécution d'un projet dans un domaine particulier de la santé peut exercer sur les activités connexes ; le programme de formation appliqué au centre de Lahore a été étendu à l'ensemble du Pakistan par le Conseil central des Soins infirmiers, et des plans ont été élaborés en vue de l'exécution de trois autres projets d'hygiène de la maternité et de l'enfance, conçus selon les mêmes principes et qui bénéficieront également de l'aide de l'OMS et du FISE.

Le projet a permis d'assurer de nombreux services à la population et a reçu un accueil très large, comme en témoigne le fait que 91% des mères interrogées se sont, en moyenne, rendues quatre fois au centre ; d'autre part, 72% des nouveau-nés ont été examinés durant la première semaine de vie et chacun de ces nourrissons a fait ultérieurement l'objet de neuf visites, en moyenne, à domicile.

Un peu plus de deux années après la mise en œuvre du projet, on comptait 137 élèves infirmières et « infirmières visiteuses » ayant terminé les cours préparatoires de l'école, tandis que 77 jeunes femmes avaient poussé jusqu'au bout leur formation de sages-femmes et 30 autres avaient suivi tous les cours prévus pour l'obtention du diplôme. Le centre a organisé, en outre, de brefs cours d'entretien ainsi que divers autres cours.

Lors de l'achèvement du projet en juillet 1953, l'équipe internationale avait doté le pays d'un centre de formation professionnelle parfaitement au point et très actif, placé sous la direction de médecins et d'infirmières du Pakistan. Le seul problème important à résoudre consiste à trouver des emplois pour toutes les élèves diplômées. En raison des difficultés financières, il n'est pas facile au Gouvernement de créer chaque année les trente postes envisagés, mais il sera sans doute possible, dans l'intervalle, d'affecter ces auxiliaires à d'autres activités infirmières.

Lutte antivénérienne en Egypte

A la suite d'une enquête effectuée avec l'assistance de l'OMS, le Gouvernement égyptien demanda une aide pour la réorganisation de ses services antivénériens. En 1951, un programme de démonstrations fut élaboré et réalisé, la première année, dans la ville de Tantah, située à mi-chemin entre le Caire et Alexandrie, mais on estima par la suite que cette localité ne se prêtait pas très bien aux travaux envisagés du fait, principalement, qu'elle ne possédait pas d'établissements d'enseignement. D'autre part, une trop grande attention fut consacrée aux problèmes purement administratifs afférents à la création d'un dispensaire, et on ne disposa pas d'un conseiller médical principal recruté internationalement ; l'équipe nationale homologue était, en outre, trop peu nombreuse et ses membres n'eurent pas la possibilité de participer pleinement à l'exécution du programme. Néanmoins, des enquêtes furent effectuées, un dispensaire antivénérien moderne fut créé, des médecins et des sérologistes furent formés et un programme d'éducation sanitaire fut mis sur pied.

En 1952, l'équipe fut transférée à l'Hôpital Hod el Marsoud au Caire et son laboratoire fut rattaché aux laboratoires centraux du Gouvernement. Les professeurs d'université eurent la possibilité de collaborer au projet, ce qui permit de créer un excellent centre de formation professionnelle ; le Gouvernement fut en mesure de recruter du personnel homologue en nombre suffisant et les travaux de l'équipe suscitèrent de l'intérêt dans le corps médical et dans d'autres milieux du Caire, puis dans le pays tout entier. Pendant la deuxième année, les membres de l'équipe internationale assumèrent surtout le rôle de conseillers, en laissant à leurs collègues nationaux le soin d'administrer l'hôpital. Grâce à l'intérêt provoqué par ces démonstrations, un programme plus vaste d'éducation sanitaire put être élaboré ; l'équipe prêta son concours à divers ministères, à des universités et à des organisations bénévoles en vue de coordonner leurs activités dans ce domaine, et fournit ainsi la preuve que le succès d'un programme sanitaire dépend d'une telle collaboration. Les travaux continuèrent sur les mêmes bases après le départ de l'équipe internationale au début de 1953 : le conseiller médical principal de l'équipe prolongea son séjour pendant deux mois en qualité d'expert-conseil auprès de l'Université du Caire. L'équipe égyptienne, qui avait été formée par l'équipe internationale, procéda pendant les mois d'avril et de mai 1953 à une enquête dans l'oasis de Siwa et l'on put constater, à cette occasion, que ses membres étaient parfaitement préparés pour des missions pratiques de ce genre, qu'ils étaient capables d'effectuer avec succès une étude sur place et de réunir les informations indispensables touchant les conditions sociales et la santé publique. D'autres enquêtes sont envisagées.

Le Gouvernement a manifesté beaucoup d'intérêt pour ce projet et le vœu a été formulé dans le pays que des activités analogues soient étendues à divers groupes de la population. Le Ministère de l'Hygiène publique organise actuellement une campagne de masse contre les maladies vénériennes et il a constitué des unités mobiles destinées à opérer dans les régions rurales.

Lutte antituberculeuse en Syrie

Des démonstrations ont été organisées à Damas avec l'aide de l'OMS. Il s'agissait de donner des avis au Gouvernement sur la lutte antituberculeuse en général, de montrer le rôle qu'un dispensaire peut jouer à cet égard, de mettre sur pied un laboratoire d'analyses bactériologiques, de déterminer l'incidence et l'épidémiologie de la tuberculose en Syrie et de former du personnel pour tous les genres de travaux qui relèvent de la lutte antituberculeuse.

Le Gouvernement hésita, durant la phase préparatoire, à adhérer à certaines des propositions formulées, mais dès que le projet fut mis en œuvre il lui accorda son plein appui. Le bâtiment primitivement prévu pour abriter le centre s'étant révélé à peine suffisant, le Gouvernement mit à la disposition de l'équipe une partie d'un vaste hôpital neuf où il y avait amplement place pour un dispensaire réservé aux maladies thoraco-pulmonaires ainsi que pour les travaux de démonstration et de formation professionnelle. Dans le même hôpital, on put également affecter au laboratoire d'analyses bactériologiques un emplacement convenable.

Les travaux du centre commencèrent en 1952. L'activité s'organisa rapidement dans le dispensaire pour maladies thoraco-pulmonaires ; grâce à l'appui et à l'encouragement des autorités, l'effectif du personnel local fut porté au double du chiffre prévu dans l'accord. La participation des professeurs de l'Université syrienne de Damas a permis d'élargir et de développer la formation professionnelle, et l'intérêt porté par l'Université à la lutte antituberculeuse paraît devoir se maintenir. Des conférences ont été organisées, au centre, à l'intention de divers groupes influents de la ville et de l'Université. Les deux Universités de Beyrouth, ainsi que les services de l'UNRWAPRNE, ont également utilisé ces moyens de formation professionnelle.

Le Gouvernement reconnaît la nécessité d'étendre la lutte antituberculeuse à l'ensemble du pays et de créer dans chaque province un dispensaire pour les maladies thoraco-pulmonaires. On a aussi envisagé une extension des services de traitement hospitalier, mais celle-ci pourrait s'avérer trop onéreuse. En outre, le danger persiste de voir donner trop d'importance à ce mode de traitement, au détriment des visites à domicile. L'un des problèmes les plus difficiles consiste à organiser un système de lutte contre la maladie dans les régions rurales, et le succès du projet ne pourra être pleinement assuré tant que ce problème n'aura pas été résolu ; la principale difficulté réside dans l'extrême pénurie de personnel féminin, notamment d'infirmières qualifiées. Il serait sans doute possible de pourvoir les postes d'infirmières diplômées à Damas, mais non dans les régions rurales, ni même dans les autres villes ; la meilleure solution serait que le Gouvernement recrutât des infirmières auxiliaires dans les villages où celles-ci seront appelées à travailler et les formât, de préférence, pour les activités générales de santé publique.

La campagne nationale de vaccination par le BCG a été rattachée au projet de démonstrations entrepris par le centre, bien que les travaux épidémiologiques aient été retardés par les retards intervenus dans la livraison de l'unité mobile de radiologie. Des recherches sur la tuberculose bovine ont été amorcées avec l'aide de la FAO.

Le recrutement de personnel national pour les postes supérieurs s'est heurté à des difficultés par suite du faible niveau des traitements qui peuvent être accordés et des retards continuent à se produire dans la réception et le dédouanement des fournitures. Il est probable que le chef de l'équipe et l'infirmière de la santé publique devront prolonger leur séjour après la création du centre, en vue de donner des avis et de prêter leur concours à l'extension du service à des régions situées en dehors de la province de Damas.

Soins infirmiers en Syrie

Le Gouvernement demanda, vers la fin de 1950, que l'OMS lui assurât les services d'un conseiller en matière de soins infirmiers pour l'assister dans toutes les questions d'enseignement et d'administration en attendant que des infirmières syriennes fussent préparées à ces diverses tâches. Il n'existait à l'époque, en Syrie, qu'une seule école d'infirmières reconnue, celle de l'hôpital universitaire de Damas, où l'on recevait un enseignement théorique donné par des professeurs de l'Université, mais, par contre, une formation clinique limitée en raison de la pénurie d'infirmières diplômées. Une vingtaine d'infirmières obtenaient leur diplôme chaque année, après trois ans d'études. Une école de sages-femmes rattachée à la maternité universitaire donnait, à l'intention des infirmières diplômées, un cours d'une année pour les préparer au travail de sage-femme dans les maternités, mais aucun enseignement n'était prévu pour les accouchements à domicile. Il n'existait pas de section des soins infirmiers au Ministère de la Santé publique, ni de véritable service de soins infirmiers de santé publique.

L'infirmière-conseil a assumé ses fonctions en septembre 1951. Depuis lors, une section de soins infirmiers et d'obstétrique a été créée au Ministère de la Santé publique et placée temporairement sous la direction d'une infirmière / sage-femme syrienne, en attendant la désignation du titulaire permanent de ce poste. L'infirmière-conseil a prêté également son concours pour la création de l'association nationale des infirmières et sages-femmes syriennes qui, avec son aide, a revisé la loi de 1949 sur l'exercice des professions en question ; le texte revisé est actuellement soumis à l'approbation officielle. L'association s'est affiliée au Conseil international des Infirmières.

Une enquête sur l'état des services infirmiers de Syrie a été entreprise en vue de déterminer le nombre des infirmières et des auxiliaires qui devront être formées dans l'avenir.

L'infirmière-conseil a prêté son concours pour l'aménagement et l'équipement de nouveaux hôpitaux ainsi que pour l'amélioration d'établissements anciens ; elle a participé à la revision des programmes d'études de certaines écoles non officielles d'infirmières, en vue de permettre à leurs élèves d'obtenir leur enregistrement ; elle a donné également des avis à la nouvelle école d'infirmières d'Alep concernant le programme d'enseignement. Cette école, créée par le Gouvernement en 1953, est actuellement dirigée par un ancien boursier de l'OMS qui a fait des études en Belgique.

L'OMS a envoyé en 1953 deux infirmières monitrices à l'école d'infirmières de l'Université syrienne de Damas. Le programme d'études a été revisé ; une salle modèle de malades a été affectée à l'enseignement clinique ; une place a été faite aux soins infirmiers de santé publique dans le programme d'études de base et des possibilités de formation pratique ont été créées.

Des plans sont actuellement élaborés en vue de la formation de personnel auxiliaire pour les soins hospitaliers et les autres services infirmiers.

Le recrutement d'un corps enseignant national pour l'école universitaire d'infirmières de Damas s'est heurté à des difficultés ; les conditions prévues pour l'admission à cette école n'ont pas toujours pu être strictement observées, étant donné qu'il était urgent d'accroître le nombre des infirmières, et on n'a pas encore institué de cours pour les accouchements à domicile. Toutefois, les progrès réalisés revêtent une grande importance, tant pour le personnel infirmier que pour les services généraux de santé de la Syrie.

Lutte antipaludique en Iran

L'OMS envoya en février 1950 une équipe de trois membres chargés de donner des avis au Gouvernement sur la lutte contre le paludisme et de l'aider à organiser un service national antipaludique. Des enquêtes furent effectuées dans toutes les parties du pays, des équipes furent constituées et les pulvérisations au DDT commencèrent en 1951, mais les travaux furent entravés par l'insuffisance des fournitures. En mars 1951, la Technical Cooperation Administration envoya, à titre de mesure d'urgence, certaines quantités de DDT ainsi que des véhicules supplémentaires et, en 1952, un accord fut conclu aux termes duquel cette organisation s'engageait à faciliter le développement ultérieur de la campagne, qui se poursuivit sous la direction technique du Gouvernement, avec l'aide et les conseils de l'équipe de l'OMS.

La Technical Cooperation Administration a aussi prêté son concours pour la création de l'Institut national de Paludologie de Téhéran, dont on se propose de faire un centre d'enseignement et de recherche, et qui diffusera également des informations sur le paludisme.

Grâce au concours de la Technical Cooperation Administration et de l'OMS, le Gouvernement a ainsi pu créer une organisation nationale antipaludique judicieusement conçue et s'étendant à l'ensemble du pays, avec des centres antipaludiques dans les diverses provinces ; une commission du paludisme créée au Ministère de la Santé coordonne les efforts et il existe, en outre, un service très efficace de formation professionnelle et de recherche.

Une réduction considérable de l'incidence du paludisme a été enregistrée et les résultats, au point de vue du développement économique, notamment dans les régions situées en bordure de la mer Caspienne, sont déjà manifestes.

* * *

Progrès réalisés dans la coordination des programmes

Dans certains pays de la Région de la Méditerranée orientale, les efforts de l'OMS ont bénéficié d'une très large compréhension. Dans quelques pays moins évolués, on constate toutefois que les attributions et les méthodes de l'Organisation ne sont pas toujours suffisamment comprises. Afin de faciliter la tâche des gouvernements en question et de gagner leur confiance, il est indispensable de maintenir, dans l'élaboration des programmes, la souplesse dont on a parlé plus haut : il a paru indiqué, dans certains cas, d'adopter des programmes qui n'étaient pas strictement conformes à la ligne de conduite de l'OMS, mais qui ont permis d'établir de bonnes relations entre les gouvernements intéressés et le Bureau régional parce qu'ils répondaient à un besoin réel des pays. Dans la plupart des pays qui possèdent déjà des services sanitaires, les efforts actuels s'orientent progressivement vers la coordination des programmes nationaux. Toutefois, dans quelques-uns d'entre eux, certains ministères autres que celui de la santé ont, en vertu d'une tradition ancienne, appliqué leur propre programme sanitaire, et il n'est pas aisé — ni peut-être même nécessaire — d'amener ces ministères à y renoncer. De ce point de vue, la création de commissions nationales de coordination permet d'accroître la collaboration entre les divers ministères. L'un des principaux objectifs des démonstrations sanitaires entreprises dans la zone de Calioub en Egypte consiste précisément à réaliser une coordination de ce genre à l'échelon local, résultat qui paraît devoir être atteint dans un proche avenir. En démontrant la possibilité d'une telle coordination, ce projet facilitera l'accomplissement de l'une des tâches du Bureau régional qui est d'encourager les pays dont les services de santé publique ne sont pas définitivement stabilisés à assurer, dès le début, une coordination judicieuse de ces services.

Les efforts futurs porteront moins sur l'adoption de nouveaux types de programmes que sur l'aménagement et la consolidation des programmes actuels. On se propose d'assurer au moyen du budget ordinaire — moins sujet à des fluctuations que les autres sources de revenus — le financement des projets fondamentaux à long terme qui ont pour but d'aider les gouvernements (plus particulièrement ceux des pays moins évolués) à améliorer leurs administrations de la santé publique, notamment en ce qui concerne la formation et l'enseignement du personnel nécessaire. On prévoit que les fonds du budget ordinaire seront en très grande partie absorbés par ces activités. D'autres projets d'enseignement et de formation professionnelle seront alors entrepris à l'aide des ressources afférentes au programme d'assistance technique, qui serviront également à financer des travaux tels que les campagnes de masse ou les

projets de caractère plus nettement « périphérique ». Une plus grande sécurité devrait être ainsi obtenue pour les programmes dont la continuité importe tout particulièrement, et l'OMS pourra assurer, dans une plus large mesure, le contrôle du financement et de l'orientation des activités qu'elle considère comme l'élément le plus important de ses programmes régionaux. On espère élaborer, en collaboration avec le FISE, des projets analogues à ceux qui sont actuellement entrepris, mais en faisant une plus grande place à l'hygiène scolaire et à la formation du personnel auxiliaire.

Il est donc à prévoir que, dans la Région de la Méditerranée orientale, les efforts s'orienteront surtout dans deux directions principales. En premier lieu, il s'agira d'aider les gouvernements à améliorer ou à créer, le cas échéant, leurs services de santé publique. A cet égard, il est indispensable d'aider les gouvernements à organiser les services essentiels dont dépend toute administration de la santé publique : laboratoires de santé publique, services d'assainissement, dispensaires, etc. En second lieu, l'OMS prêtera son aide en vue de la formation du personnel nécessaire pour assurer ces services. Cette aide doit être accordée à tous les échelons et comprendra l'attribution de bourses ainsi qu'une assistance en vue du développement des établissements d'enseignement chargés de former tant les techniciens que le personnel auxiliaire.

CHAPITRE 16

RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL [1]

Problèmes de la Région

Au cours des deux années qui se sont écoulées depuis la création du Bureau régional du Pacifique occidental en 1951, on est parvenu progressivement à une connaissance plus complète des besoins et des problèmes de la Région. Certains sont, d'ailleurs, communs à plusieurs Régions de l'OMS, tandis que d'autres sont propres au Pacifique occidental.

Une des plus sérieuses difficultés auxquelles se heurtent les pays de la Région est la pénurie de personnel qualifié de santé publique. C'est ainsi qu'un pays dont la population s'élève à plus d'un million d'habitants ne compte qu'un seul médecin diplômé et que dans un autre, où la population atteint 3.500.000 habitants, le nombre de personnes qui ont reçu une formation en santé publique ne dépasse pas la demi-douzaine. Dans plusieurs territoires, presque tous les agents de la santé publique sont recrutés à l'extérieur.

En revanche, on assiste dans certains pays à un gaspillage des compétences. Un grand nombre de personnes qualifiées qui pourraient être utilement employées dans les services de l'Etat sont contraintes d'exercer une activité privée parce que les emplois publics n'offrent guère d'avantages.

Telles sont les raisons pour lesquelles les administrations sanitaires d'un grand nombre de pays et de territoires sont si peu actives et ont un personnel si restreint. Même avec l'aide que l'OMS est en mesure d'offrir, cette situation restera probablement inchangée ou ne s'améliorera que légèrement pendant de longues années encore.

La situation troublée et les conditions d'insécurité que plusieurs pays et territoires de la Région ont dû affronter au cours de l'année envisagée dans le présent rapport ont été de gros obstacles aussi bien au développement des services sanitaires dans leur ensemble qu'à la réalisation des projets entrepris.

Les compressions de dépenses et les autres restrictions qu'il a fallu apporter au programme et au budget ont fortement entravé les opérations en 1953 ; parmi les autres difficultés rencontrées, il convient de mentionner encore le coût élevé de la gestion du Bureau régional à Manille et les distances considérables qui séparent le Bureau régional des Etats Membres qu'il a mission de desservir. Un nombre important de territoires insulaires ont été récemment rattachés à la Région.

Comité régional

La quatrième session du Comité régional s'est tenue à Tokyo du 3 au 8 septembre. Tous les Etats Membres de la Région, sauf la Corée et le Laos, y avaient envoyé des représentants. Les Gouvernements des Etats-Unis d'Amérique, de la France, des Pays-Bas, du Portugal et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, responsables de territoires de la Région, ont participé aux travaux ; leurs délégations comprenaient, pour la plupart, les administrateurs sanitaires locaux de territoires de la Région. Etaient également présents un représentant de l'Organisation des Nations Unies, des observateurs de neuf organisations non gouvernementales, de la Foreign Operations Administration des Etats-Unis d'Amérique et de la Fondation Rockefeller. Le Directeur général de l'OMS était à Tokyo pendant toute la durée de la session. Le Gouvernement japonais a été un hôte généreux et empressé.

Le Comité régional a étudié la situation financière de l'Organisation, examiné le projet de programme et de budget pour 1955 et fixé des priorités pour cet exercice, approuvé les amendements au programme et au budget de 1954, autorisé le Directeur régional à poursuivre en 1954 l'exécution des projets déjà commencés et à établir un ordre de priorité pour d'autres projets d'importance régionale, et recommandé les moyens qui seraient de nature à permettre aux Etats Membres de la Région d'augmenter et de stabiliser les ressources de l'OMS.

Le Comité a invité les Etats Membres de la Région à préparer et à mettre en œuvre des plans de grande envergure et à long terme pour combattre le paludisme, ainsi qu'à les intégrer progressivement dans des programmes régionaux. Il a chargé le Directeur régional de faciliter cette intégration.

Le Comité a approuvé le rapport du Directeur régional et a proposé que, au cours de la prochaine

[1] La Région, telle qu'elle a été délimitée par la Première Assemblée Mondiale de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330) et compte tenu des modifications apportées par les résolutions WHA3.118, WHA4.86 et WHA6.46, comprend les pays suivants : Australie, Cambodge, Chine, Corée, Japon, Laos, Nouvelle-Zélande, Philippines et Viet-Nam, ainsi que, provisoirement, les territoires suivants : Brunéï, Fidji, Gilbert et Ellice, Guam, Hong-kong, Malaisie, Nord-Bornéo, Territoires insulaires de la Nouvelle-Zélande, Nouvelles-Hébrides, Iles du Pacifique sous tutelle, Protectorat britannique des îles Salomon, Samoa sous administration américaine, Sarawak, Singapour, Tonga, et d'autres possessions du Royaume-Uni dans le Pacifique sud.

année, l'on se préoccupe d'encourager l'attribution de bourses pour des études à l'intérieur de la Région et de préférence dans des institutions qui bénéficient de l'assistance de l'OMS. Il a en outre recommandé que le droit de vote soit pleinement accordé aux Membres associés dans les réunions des comités régionaux et que les frais de voyage des représentants qui assistent aux sessions de ces organismes soient mis à la charge des gouvernements des Etats Membres et Membres associés.

A propos de l'opportunité d'organiser, sous les auspices de l'OMS, une campagne mondiale contre la variole, question qui avait été renvoyée aux comités régionaux par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, le Comité a décidé de ne pas fournir de suggestions ou de renseignements à ce sujet avant que soit terminée l'enquête régionale qu'il avait autorisée lors de sa troisième session.

Parmi les autres questions étudiées par le Comité régional, il y a lieu de signaler le programme à long terme de l'OMS, la coopération entre les pays de la Région pour l'échange de renseignements et l'octroi de bourses d'études régionales, les problèmes sanitaires des réfugiés de Corée, les voyages d'étude, l'organisation d'un cours de formation professionnelle de statisticiens et l'information dans la Région.

Le problème de la planification en matière de santé a fait l'objet de discussions techniques fort utiles. Le comité a décidé que, lors de sa prochaine session, les discussions techniques porteraient sur l'administration de la santé publique et plus spécialement sur l'organisation des services de santé.

Le Comité régional se réunira en 1954 à Manille et en 1955 à Singapour.

Au cours de la session du Comité régional, l'Association japonaise pour les Nations Unies avait organisé à Tokyo un colloque sur la santé mondiale.

Bureau régional

Il y a eu deux ans, le premier septembre, que le Bureau régional s'est installé à Manille. Il a signé, le 27 mars 1953, pour les locaux qu'il occupe, un bail de dix ans renouvelable. Il a procédé à quelques modifications qui s'imposaient, mais maintenant que l'effectif de son personnel est presque au complet les locaux actuels sont devenus insuffisants. Il envisage donc d'ériger dans le voisinage un bâtiment préfabriqué.

Tous les membres du personnel international, soit 22 fonctionnaires appartenant à 10 pays, sont maintenant entrés en fonctions. En 1953, en outre, 40 experts internationaux appartenant à 17 pays et 17 experts-conseils à court terme ressortissant à 7 pays ont été nommés dans la Région. Les mouvements de personnel ont été insignifiants, ce qui peut être interprété comme un signe de stabilisation. Le recrutement du personnel destiné aux opérations dans les pays a été difficile et il en est résulté des retards dans la mise en œuvre de certains projets; toutefois, les gouvernements intéressés ont fait preuve, à cet égard, d'une grande compréhension. Avant de prendre possession de leur poste, les nouveaux fonctionnaires sont mis au courant de leur travail au Bureau régional, et chaque fois que cela est possible un membre du personnel du Bureau les accompagne jusqu'à leur lieu d'affectation. Le comité du personnel fonctionne de façon satisfaisante et a admis, en qualité de membres associés, le personnel de l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies, celui de l'UNESCO et celui du Bureau du FISE à Manille.

Vers la fin de 1952, lorsque l'Organisation a appris que sa quote-part des fonds de l'assistance technique serait très considérablement réduite, sa collaboration à certains projets qui devaient être mis en œuvre en 1953 a été supprimée et l'assistance fournie pour les projets déjà entrepris et devant être poursuivis en 1953 a été réduite. En août, de nouvelles réductions de crédits sont devenues nécessaires, ce qui a placé le Bureau régional dans une situation extrêmement difficile. S'il faut beaucoup de temps et de travail pour élaborer un projet, il en faut presque autant pour le remanier, et les engagements auxquels les gouvernements ou d'autres organisations, aussi bien que l'OMS, avaient souscrit ont rendu plus délicate encore la situation créée par l'obligation de rompre des pourparlers ou de revenir sur des promesses d'assistance, même de caractère préliminaire.

Tout au long de l'année, l'OMS a très utilement collaboré avec l'Organisation des Nations Unies (le FISE en particulier) et ses institutions spécialisées. La collaboration du FISE a été précieuse pour les Gouvernements de Brunéi, du Cambodge, de la Chine, de Hong-kong, du Japon, de la Malaisie, du Nord-Bornéo, des Philippines, et du Sarawak. Un expert-conseil de l'OMS, spécialiste de l'administration de la santé publique et installé au Viet-Nam, a également assumé les fonctions de représentant du FISE auprès des Etats associés d'Indochine. La liaison avec le bureau du représentant résident de l'assistance technique aux Philippines a été maintenue.

L'Organisation s'est fait représenter, en 1953, par des membres du personnel du Bureau régional à deux réunions de la Commission du Pacifique sud : la deuxième Conférence du Pacifique sud et la cinquième réunion du Conseil de Recherche. Un exposé sur les activités de l'OMS a été présenté à la sous-commission sanitaire du Conseil de Recherche afin d'éviter les doubles emplois.

D'autres représentants du Bureau régional ont assisté à la Conférence régionale asienne de l'OIT, qui s'est tenue à Tokyo en septembre ; au cours des discussions sur l'habitation ils ont offert l'aide de l'OMS pour les recherches entreprises dans ce domaine, l'évaluation des travaux, l'établissement de normes et d'autres services consultatifs. Le Bureau a, d'autre part, été représenté au deuxième stage d'étude et d'information à l'intention des cadres des Mouvements de Jeunesse, organisé par l'UNESCO à Tokyo en octobre. En novembre, d'autres représentants du Bureau ont été envoyés au VIIIe Congrès

scientifique du Pacifique, à Manille, où ils ont présenté deux communications sur la santé publique.

L'année 1953 a, en outre, été marquée par une collaboration intense entre l'OMS et certaines organisations non gouvernementales dans la Région. Les Associations pour les Nations Unies, dont huit ont déjà été créées dans la Région du Pacifique occidental (en Australie, en Corée, à Hong-kong, au Japon, en Nouvelle-Zélande, aux Philippines, à Singapour et à Taïwan), ont aidé à faire mieux connaître au public les buts et les travaux de l'OMS.

La Journée mondiale de la Santé a été célébrée, le 7 avril, dans la plupart des pays et territoires de la Région. Des mesures avaient été prises pour la production d'affiches, de tracts, de dépliants et de brochures, ainsi que pour l'organisation de conférences de presse, de conférences dans les écoles, de causeries radiophoniques, de réunions publiques et de projections de films cinématographiques. Il est encourageant de constater qu'en 1953 la Journée mondiale de la Santé a été plus largement observée qu'auparavant dans de nombreux pays.

La distribution de documents d'information de tous les genres s'est considérablement accrue. Le nombre des exemplaires d'*OMS Nouvelles* distribués a passé de 12.000 en 1952 à 21.000 en 1953 ; plus de 72 communiqués de presse ont été publiés, 13 causeries radiophoniques de quinze minutes ont été enregistrées à Manille, et des films sur l'OMS ont été projetés par le réseau de télévision récemment inauguré dans cette ville. Le fonctionnaire chargé de l'information a surveillé la préparation du stand des Nations Unies à la Foire internationale des Philippines et a aidé à assurer le service de presse de la Conférence de la CEAEO qui s'est tenue à Manille en février. La traduction, en chinois, des numéros de la *Chronique* publiés entre avril 1952 et mai 1953 a été achevée.

Enseignement et formation professionnelle

Une aide a été octroyée à plusieurs établissements d'enseignement de la Région. Des conférenciers, des bourses d'études, de la documentation médicale et du matériel d'enseignement ont été envoyés à l'Institut d'Hygiène de l'Université des Philippines (Manille), à la Faculté de Médecine sociale et de Santé publique de l'Université de Malaisie (Singapour) et à l'Ecole d'Officiers de Santé de Pnom-penh. Le premier cours de santé publique pour diplômés donné à l'Université de Malaisie s'est ouvert en octobre. Quatre conférenciers envoyés par l'Organisation non seulement donnent des cours sur l'éducation sanitaire, la statistique médicale, la nutrition appliquée, la physiologie appliquée, mais procèdent aussi à des recherches et donnent des avis. L'Organisation a attribué une bourse qui permettra à son titulaire d'aller suivre des cours avancés de statistique médicale à la London School of Hygiene and Tropical Medicine. L'Université Johns Hopkins et la Fondation Rockefeller ont collaboré au projet d'assistance visant l'Institut d'Hygiène de l'Université des Philippines. C'est ainsi que l'Organisation a affecté à l'Institut, en qualité d'experts-conseils à court terme, des professeurs d'administration de la santé publique et de génie sanitaire de l'Université Johns Hopkins, qui ont été chargés de donner des conseils sur l'enseignement de leurs disciplines respectives. Leurs collègues, qui remplissent les fonctions d'« associate professors » à l'Université Johns Hopkins, sont ensuite venus les remplacer et occuper, à l'institut, les chaires professorales afin que les titulaires locaux pussent suivre des cours de perfectionnement à l'Université Johns Hopkins grâce à des bourses d'études de l'OMS. Trois titulaires coréens de bourses de l'OMS ont été immatriculés à l'Institut d'Hygène. Par ailleurs, huit boursiers de l'OMS originaires du Laos, pays qui ne possède pas d'établissement d'enseignement de la médecine, ont été inscrits à l'Ecole d'Officiers de Santé de Pnom-penh.

Au cours de l'année, 115 bourses d'études ont été accordées. Les comités nationaux chargés de la sélection des boursiers ont fait preuve d'un remarquable esprit de coopération. D'autre part, les administrateurs des institutions dans lesquelles ont été envoyés les boursiers de l'OMS originaires de la Région ont fait l'éloge de leurs aptitudes et de la qualité de leur travail.

Les gouvernements des Etats Membres et les institutions de ces pays dans lesquelles les boursiers ont été envoyés ont également tout mis en œuvre pour faciliter le placement des boursiers, pour les accueillir et pour leur prêter assistance. Certains gouvernements ont prié l'OMS de les aider à formuler leurs demandes de bourses et à choisir des candidats pour les bourses octroyées par le Canada et le Plan de Colombo.

Un colloque sur les problèmes de santé mentale des enfants, qui est la première réunion de ce genre organisée conjointement par le Gouvernement australien et par l'OMS, s'est tenu pendant trois semaines en août à l'Université de Sydney. Les débats ont porté essentiellement sur les enfants âgés de moins de sept ans. Les points suivants ont été examinés : 1) caractéristiques de la santé et du développement des enfants ; 2) influences qui, au sein de la collectivité, forgent la mentalité de l'enfant et lui donnent les caractéristiques familiales et sociales de son type de civilisation ; 3) problèmes du comportement communs aux enfants du premier âge et aux jeunes enfants ; 4) utilisation de ces connaissances dans les programmes de protection médico-sociale et d'éducation des enfants. Le colloque s'adressait à des personnes occupant des postes importants dans les services de santé publique, de la protection de l'enfance et de l'enseignement. On l'a estimé très utile, notamment pour tous ceux qui s'occupent de l'organisation et de la mise sur pied de services de protection médico-sociale de l'enfance et de cours de formation professionnelle à l'intention des agents spécialisés dans ces questions. Un groupe de spécialistes éminents de la pédiatrie, de la psychiatrie

et de la psychologie de l'enfant, des soins infirmiers, de l'assistance sociale, de l'ethnographie, de l'éducation, et de disciplines connexes, était chargé des exposés. Trente-sept participants venus d'Australie, de Chine, de Hong-kong, du Japon, de Malaisie, de Nouvelle-Zélande, des Philippines, de Sarawak et de Singapour (Région du Pacifique occidental), ainsi que de Birmanie, d'Indonésie et de Thaïlande (Région de l'Asie du Sud-Est) ont assisté au colloque.

Projets intéressant respectivement l'ensemble de la Région et les divers pays

En novembre 1953, 39 projets étaient en cours d'exécution dans la Région. Pendant l'année, 12 nouveaux projets avaient été amorcés et 10 avaient pris fin. Les gouvernements ont collaboré à toutes les phases de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets, et la continuation des travaux par les équipes locales homologues après le départ du personnel international a été, dans l'ensemble, assurée de façon satisfaisante.

La mission UNKRA/OMS de planification sanitaire a achevé son étude sur la Corée et a présenté des recommandations. Celles-ci ont été acceptées par le Gouvernement et doivent être mises en œuvre par l'UNKRA avec l'aide et les conseils de l'OMS.

En 1953, les équipes chargées de faire la démonstration des méthodes de lutte contre une maladie déterminée se sont également préoccupées d'autres maladies qui sévissaient dans les zones de leur ressort. C'est ainsi qu'au Sarawak la lutte contre le pian s'est accompagnée de campagnes de vaccination par le BCG ; les équipes locales qui poursuivent les travaux dans ce territoire continuent cette action combinée. Cette tendance à organiser une activité mixte s'est traduite par l'établissement de services sanitaires plus complets dans les régions intéressées.

Les experts-conseils à court terme affectés à plusieurs projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS ont aidé les gouvernements à étudier les besoins sanitaires de leur pays et à faire le bilan des ressources dont ils disposent pour différentes activités. Ils ont, d'autre part, fourni des avis pour l'organisation et la surveillance de ces activités par les autorités nationales et facilité la collaboration entre techniciens de diverses catégories.

Hygiène de la maternité et de l'enfance

Le conseiller régional pour la protection maternelle et infantile a consacré une bonne partie de sa première année dans la Région à l'étude des services que possèdent, à cet égard, plusieurs pays du Pacifique occidental. Il s'est occupé d'abord des pays dans lesquels des projets de démonstrations intéressant la protection maternelle et infantile étaient en cours, puis de ceux qui envisageaient d'entreprendre des projets de formation professionnelle, pour l'exécution desquels le FISE devait fournir du matériel. Dans le cadre des trois projets de démonstrations actuellement mis en œuvre dans la Région, on s'est soucié de veiller à la qualité de l'enseignement dispensé et de suivre ultérieurement les participants plutôt que d'assurer aux cours un auditoire nombreux. Le but est de relever le niveau de santé des mères et des enfants et non pas simplement le taux de survie. Les faits ont montré que c'est à l'âge du sevrage et à l'âge préscolaire que la santé de l'enfant a le plus besoin d'être améliorée, et c'est pourquoi on attache une grande importance à la nutrition et aux soins généraux des enfants des âges en question. Comme le succès de la protection maternelle et infantile dépend essentiellement de l'enseignement donné aux parents et que cet enseignement constitue toujours un processus assez lent, on ne s'attend pas à des changements spectaculaires dans la santé des enfants de la Région avant quelques années.

Le conseiller a, d'autre part, étudié les services de protection sanitaire de la mère et de l'enfant en Nouvelle-Zélande, afin de se rendre compte des ressources qu'offrirait ce pays pour le placement de boursiers (médecins et infirmières) venant d'autres pays de la Région.

Formation professionnelle d'infirmières

Le colloque sur l'enseignement infirmier qui s'est tenu en 1952 à Taïwan et qui a été décrit dans le Rapport annuel de 1952 [2] a eu d'importants retentissements. Les participants ont déclaré que cette réunion les avait aidés à améliorer les programmes d'études de leur école d'infirmières et leurs méthodes d'enseignement, à utiliser de façon plus efficace les moyens visuels d'éducation et à mieux comprendre la question des relations personnelles. De retour dans leur pays, les infirmières philippines qui avaient assisté au colloque ont organisé à Manille une conférence-atelier (workshop) à laquelle ont assisté plus de cinquante infirmières venant de toutes les parties des Philippines. Quant aux participantes qui étaient venues de Taïwan, du Japon, du territoire de Papua et Nouvelle-Guinée, elles ont également mis au point des plans en vue de l'organisation de groupes d'étude locaux. On se propose de réunir, lors du prochain colloque régional, des administrateurs d'écoles d'infirmières, des directrices de services infirmiers d'hôpitaux et des infirmières en chef, ainsi que des infirmières monitrices.

Des projets visant à renforcer les écoles élémentaires d'infirmières ont été mis en œuvre à Brunéi, au Cambodge, en Malaisie, dans le Nord-Bornéo et à Taïwan, cependant qu'une action a été entreprise au Cambodge, à Hong-kong, en Malaisie, dans le Nord-Bornéo et à Taïwan pour améliorer la formation technique des infirmières de la santé publique, dans le cadre soit de projets intéressant la protection

[2] *Actes off. Org. mond. Santé,* **45**, 141

sanitaire de la mère et de l'enfant, soit de projets d'enseignement infirmier entrepris avec l'aide de l'OMS.

Education sanitaire

C'est aux agents sanitaires qu'incombe la tâche difficile d'amener la population à modifier ses habitudes et ses conceptions ainsi qu'à prendre une part plus active dans l'élévation du niveau de santé de leur voisinage immédiat et de la collectivité locale. Dans certains pays, la science et la technique de l'éducation sanitaire de la population ont progressé rapidement au cours de ces dernières années, si bien qu'un grand nombre de méthodes encore en usage sont considérées comme désuètes. Le conseiller dont le Bureau régional dispose pour l'éducation sanitaire de la population s'est rendu dans divers pays pour étudier les problèmes qui s'y posent à cet égard. Il a aidé un de ces pays à mettre au point un programme d'éducation sanitaire de longue haleine et un autre à organiser une conférence nationale sur cette question. L'éducateur sanitaire affecté par l'OMS à la chaire de médecine sociale et de santé publique de l'Université de Malaisie a, indépendamment de ses fonctions professorales, apporté sa collaboration pendant l'année aux services de la santé et de l'éducation, à l'école d'instituteurs, à des cours d'adultes et à des organismes sociaux, etc., à Singapour et en Malaisie. Cet exemple montre comment on peut attirer l'attention des diverses organisations sanitaires officielles et bénévoles, et des organismes apparentés, sur l'importance de l'éducation sanitaire, et comment on peut intégrer cette discipline dans des programmes sanitaires et médicaux. Un expert-conseil en éducation sanitaire a, d'autre part, été affecté à un projet de lutte antivénérienne entrepris à Taïwan. On espère pouvoir organiser en 1955, comme plusieurs pays en ont exprimé le désir, une conférence régionale sur l'éducation sanitaire.

Assainissement

Le conseiller régional pour l'assainissement s'est rendu dans plusieurs pays de la Région pour les aider à préciser leurs problèmes d'assainissement. Les services de santé publique des différents pays de la Région ont manifesté un intérêt accru à l'égard de ces problèmes, ainsi que l'atteste l'augmentation du nombre des demandes d'aide pour le renforcement des ressources et des services nationaux dans ce domaine.

Paludisme et lutte contre les insectes

A Bangkok s'est tenue en septembre une conférence sur la lutte antipaludique, organisée en commun par le Bureau régional du Pacifique occidental et par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (voir page 5). Cinq pays de la Région ont participé à cette réunion, qui avait pour but de faciliter l'élaboration de plans coordonnés de lutte antipaludique dans quelques pays et peut-être par la suite dans l'ensemble des Régions. Elle sera complétée par une deuxième conférence qui se tiendra en 1954 à Taïwan et portera sur la lutte antipaludique dans les zones rurales.

Le projet de lutte contre le paludisme et les insectes, entrepris à Taïwan, se poursuit de façon satisfaisante. En 1953, les habitations de plus de 1.509.000 personnes ont fait l'objet de pulvérisations de DDT et on envisage d'étendre en 1954 les mesures de protection à environ 5.300.000 personnes, chiffre présumé de la population exposée de cette île. Les travaux seront confiés à l'équipe nationale, l'équipe internationale se bornant à fournir des avis et à surveiller les opérations. Cela donnera confiance au personnel local et lui permettra d'assumer convenablement ses responsabilités après le départ de l'équipe internationale. Celle-ci pourra ainsi consacrer plus de temps à l'étude d'autres maladies propagées par les insectes et à la lutte contre ces maladies à Taïwan.

Les résultats de la campagne pilote de lutte contre le paludisme entreprise aux Philippines ont été utilisés par le Gouvernement pour l'organisation d'une campagne de grande envergure. D'autre part, le projet pilote de lutte antipaludique de Sarawak a été poursuivi et étendu à Brunéi, où les pulvérisations d'insecticides à action rémanente ont commencé en octobre. Au Cambodge, l'OMS a repris, en août, sa collaboration au projet de lutte contre le paludisme et les insectes, dont l'exécution avait été suspendue dans la première partie de l'année. (Pour plus de détails à ce sujet, voir la Partie IV.)

Tuberculose

La lutte antituberculeuse a été marquée pendant l'année par une importante réorientation qui a fait l'objet d'une discussion approfondie au cours de la conférence des pays du Pacifique sur la tuberculose, tenue à Manille en avril. L'aide directe apportée par l'Organisation aux gouvernements pour l'exécution de campagnes BCG dans la région est près de prendre fin, et il faudra ensuite intégrer ces campagnes dans des programmes d'ensemble de lutte antituberculeuse, lesquels devront à leur tour trouver place dans les programmes nationaux de santé publique. Au cours de l'année, plusieurs gouvernements ont demandé à l'OMS de les aider à réaliser cette intégration, et des plans préliminaires sont actuellement élaborés pour donner suite à ces demandes.

La conférence des pays du Pacifique sur la tuberculose a été organisée sous les auspices communs du Gouvernement des Philippines, de la Ligue antituberculeuse des Philippines et de l'OMS. Des représentants de 29 pays et un grand nombre d'observateurs y ont participé ; quatre orateurs avaient été invités à présenter des communications spéciales qui ont donné lieu à d'intéressants échanges de vues. Les participants se sont mis d'accord sur l'emploi

de méthodes uniformes qui permettront non seulement d'appliquer à la lutte antituberculeuse les méthodes les plus modernes, mais encore d'obtenir des résultats comparables dans tous les pays qui s'inspireront de la méthode type. Il sera ainsi possible de comparer et d'évaluer les résultats des campagnes futures mieux que cela n'a été le cas jusqu'ici. La conférence a fait l'objet de comptes rendus dans les journaux spécialisés du monde entier.

Les Gouvernements de Brunéi, de Hong-kong, des Philippines, de Sarawak et de Taïwan ont poursuivi les campagnes de vaccination par le BCG commencées avec l'aide de personnel international en 1953 ou au cours d'années précédentes. L'exécution des projets qui devaient être mis en œuvre au Cambodge et au Viet-Nam s'est trouvée retardée par des difficultés de recrutement, mais elle a commencé au Cambodge en novembre, et sera entreprise sans doute prochainement au Viet-Nam. Le FISE continue à procurer des fournitures et du matériel pour la vaccination par le BCG au Brunéi, à Hong-kong, aux Philippines, à Sarawak et à Taïwan. Une équipe spéciale se rendra dans divers pays de la Région en 1954 pour y procéder à un examen critique des résultats de la campagne internationale de vaccination par le BCG.

En ce qui concerne la production du BCG, le laboratoire d'Alabang, près de Manille, a préparé tout le vaccin nécessaire pour la campagne entreprise aux Philippines et en a exporté à destination de Brunéi, de Hong-kong, de l'Indonésie, de Sarawak et de Taïwan. Le laboratoire du BCG de Taïpeh, qui a été officiellement agréé par l'OMS en mars 1953, fournit le vaccin destiné à la campagne menée à Taïwan. Quant aux campagnes intéressant le Cambodge et le Viet-Nam, elles seront approvisionnées par le laboratoire de Saïgon. Un expert-conseil à court terme de l'OMS, spécialisé dans la production du BCG, a visité en février et en mars les laboratoires d'Alabang, de Kyose et de Sendaï (Japon), de Saïgon et de Taïpeh. Ces visites ont cet avantage qu'elles permettent d'assurer le maintien des normes internationales et de tenir les spécialistes au courant des recherches et des découvertes les plus récentes.

Trachome

En 1953, un expert-conseil à court terme s'est rendu dans plusieurs pays de la Région pour aider les gouvernements intéressés à évaluer l'importance du problème que pose cette maladie. Il a procédé à des échanges d'informations avec les spécialistes locaux, donné des conférences et assisté à des opérations. Il a profité de son voyage pour attirer l'attention des services nationaux sur les méthodes recommandées par le comité d'experts de l'OMS en ce qui concerne la classification et le traitement du trachome. Dans certains pays de la Région, le trachome est très répandu, notamment chez les enfants, et de nombreuses personnes présentent des cicatrices. On a estimé que dans l'un de ces pays environ 60% des cas de cécité sont imputables à cette maladie. A Taïwan, l'expert-conseil de l'OMS a collaboré à la mise en œuvre d'un projet pilote de traitement du trachome entrepris au moyen de fournitures procurées par le FISE. Les résultats ont été si encourageants que le Gouvernement a décidé d'entreprendre une campagne de trois ans au cours de laquelle tous les écoliers de l'île et leurs contacts seront traités.

Pian

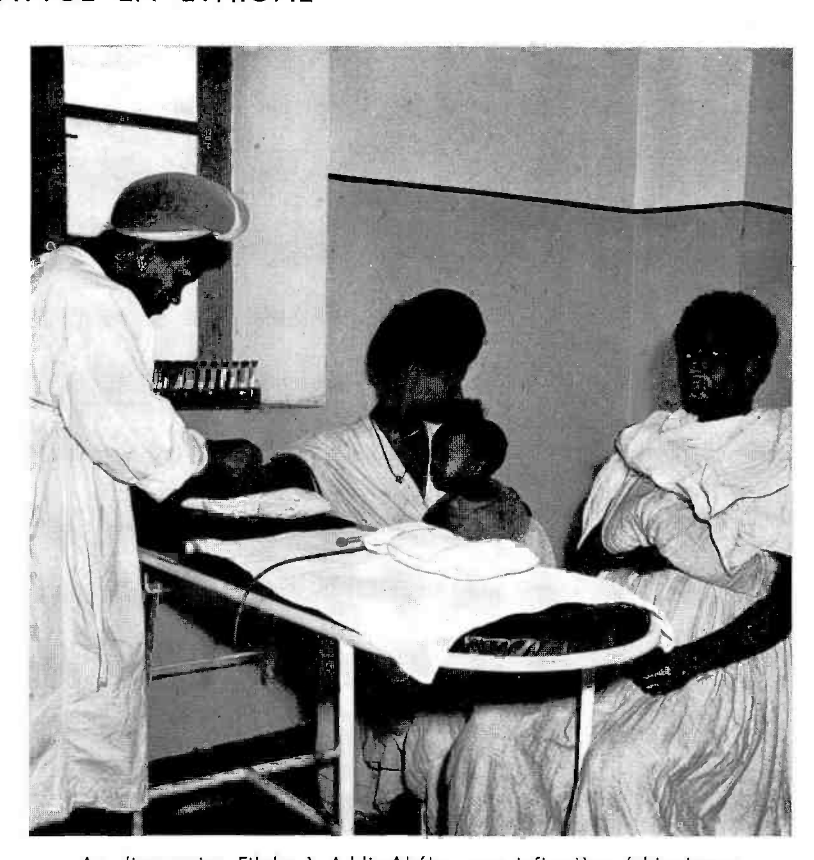
Les campagnes contre le pian menées avec l'aide de l'OMS et du FISE dans les îles du Leyte et de Samar (Philippines) ont pris fin en août 1953, comme prévu. Des opérations ont, d'autre part, été entreprises dans certaines zones des îles de Mindanao et de Catanduanes où la fréquence du pian serait élevée. La campagne s'étendra également à 700 municipalités où l'incidence serait assez faible ; les municipalités intéressées se chargeront elles-mêmes de cette opération lorsque le personnel aura été formé et qu'elles auront reçu les fournitures nécessaires. Le FISE participe à cette action en livrant des fournitures et du matériel, et l'OMS en fournissant des conseils techniques par l'intermédiaire du conseiller régional et de consultants à court terme. Dès le début, les équipes responsables comprenaient des agents des services sanitaires locaux, provinciaux et municipaux, qui poursuivront le travail lorsque la campagne de masse sera achevée. Ainsi, la lutte contre le pian est devenue partie intégrante de l'activité sanitaire normalement déployée dans les secteurs en question, et on est certain que les mesures complémentaires nécessaires seront assurées après le départ du personnel international. Plusieurs fonctionnaires sanitaires provinciaux se sont servis des résultats éloquents de la lutte contre le pian pour promouvoir d'autres activités sanitaires dans des collectivités généralement situées dans des régions souvent reculées et hors du rayon d'action habituel des services de santé. On estime que, à la fin de 1953, 2 millions de personnes auront été examinées et 75.000 cas de pian traités. Une action thérapeutique de masse aura été amorcée ou menée à terme dans tous les secteurs où la fréquence du pian est élevée, et des campagnes auront été entreprises dans plusieurs zones où la fréquence de cette maladie est faible.

Au Laos, la campagne commencée en avril 1953 a été intensifiée dans la province de Savannakhet, autant que cela était possible avec le personnel dont on disposait, dans une région où les communications sont malaisées et où sévissent des troubles. Les deux équipes et l'expert de l'OMS ont réussi à examiner plus de 95% de la population des secteurs explorés à ce jour et dans lesquels la fréquence moyenne du pian est de 5,54%. On a décelé quelques poches où l'incidence est particulièrement élevée ; c'est ainsi qu'à Na Di, environ 14% de la population et plus de 27% des sujets âgés de 0 à 16 ans sont atteints de pian infectieux.

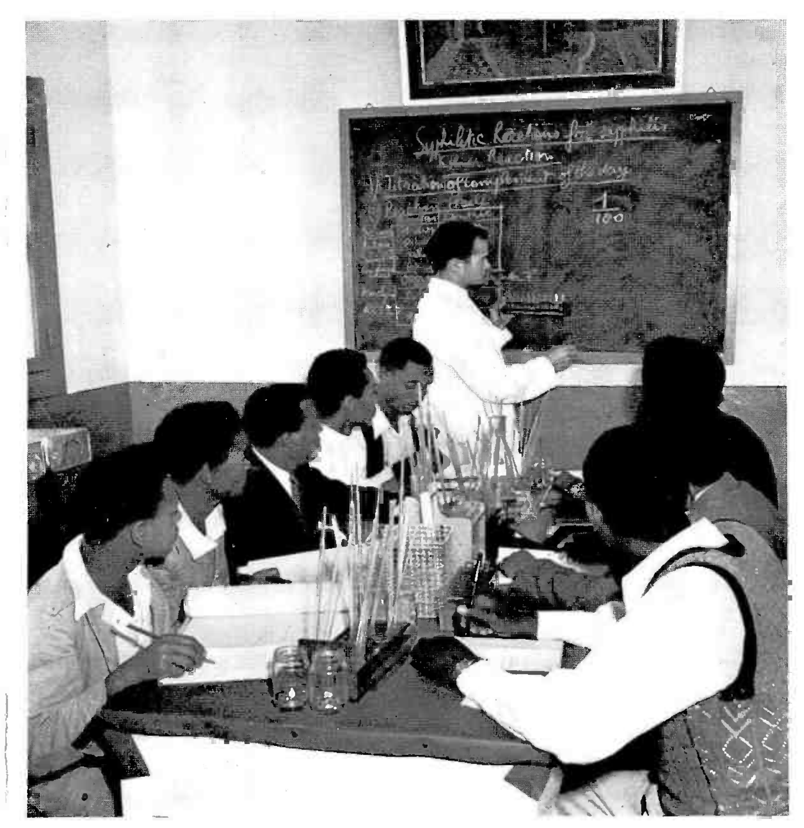
LA SYPHILIS COMBATTUE EN ÉTHIOPIE



Une campagne contre la syphilis a été déclenchée en juin 1952 par le Ministère de la Santé de l'Ethiopie, avec l'aide de l'OMS. L'équipe de l'Organisation est dirigée par un médecin spécialiste que l'on voit ici examinant un jeune enfant. L'infirmier qui l'assiste dans son travail doit sa formation à l'OMS.



Au dispensaire Filoha à Addis-Abéba, une infirmière éthiopienne formée par les monitrices de l'OMS effectue une prise de sang.



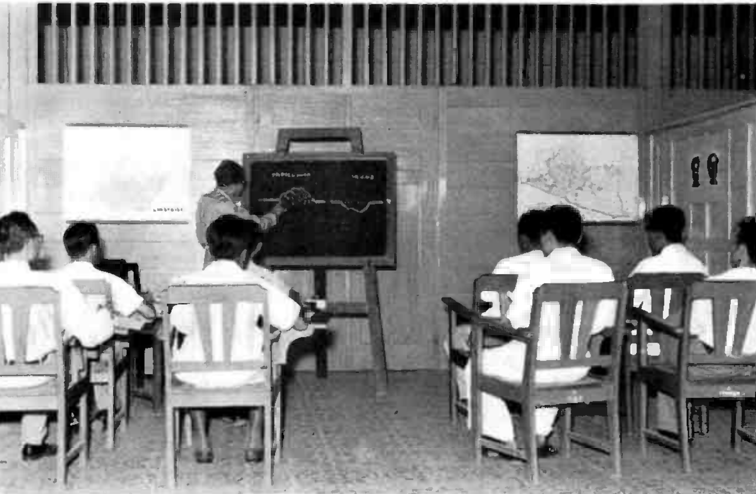
Dans une salle du même dispensaire, le sérologiste de l'équipe de l'OMS initie de jeunes élèves éthiopiens aux diverses techniques utilisées pour les maladies vénériennes.



Ces cours théoriques sont suivis de travaux pratiques. Dans le laboratoire du dispensaire, les futurs techniciens procèdent à des épreuves sur des échantillons de sang de malades.

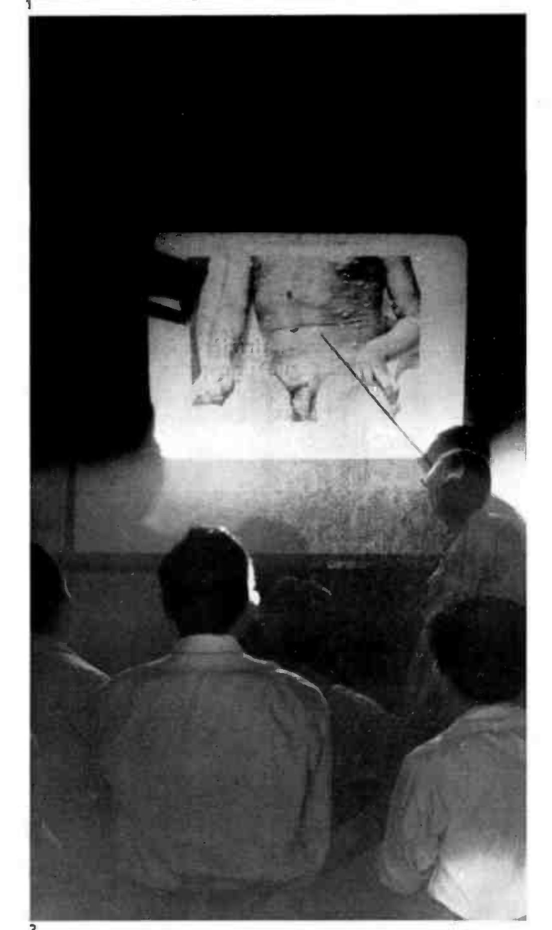
LE GOUVERNEMENT INDONÉSIEN FAIT CAMPAGNE CONTRE LE PIAN AVEC L'AIDE DE L'OMS ET DU FISE


1


2


7

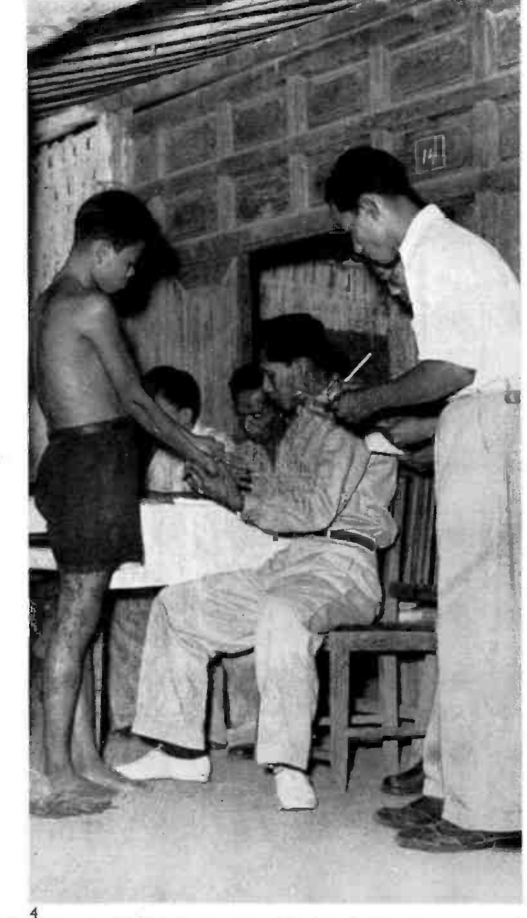

8


3

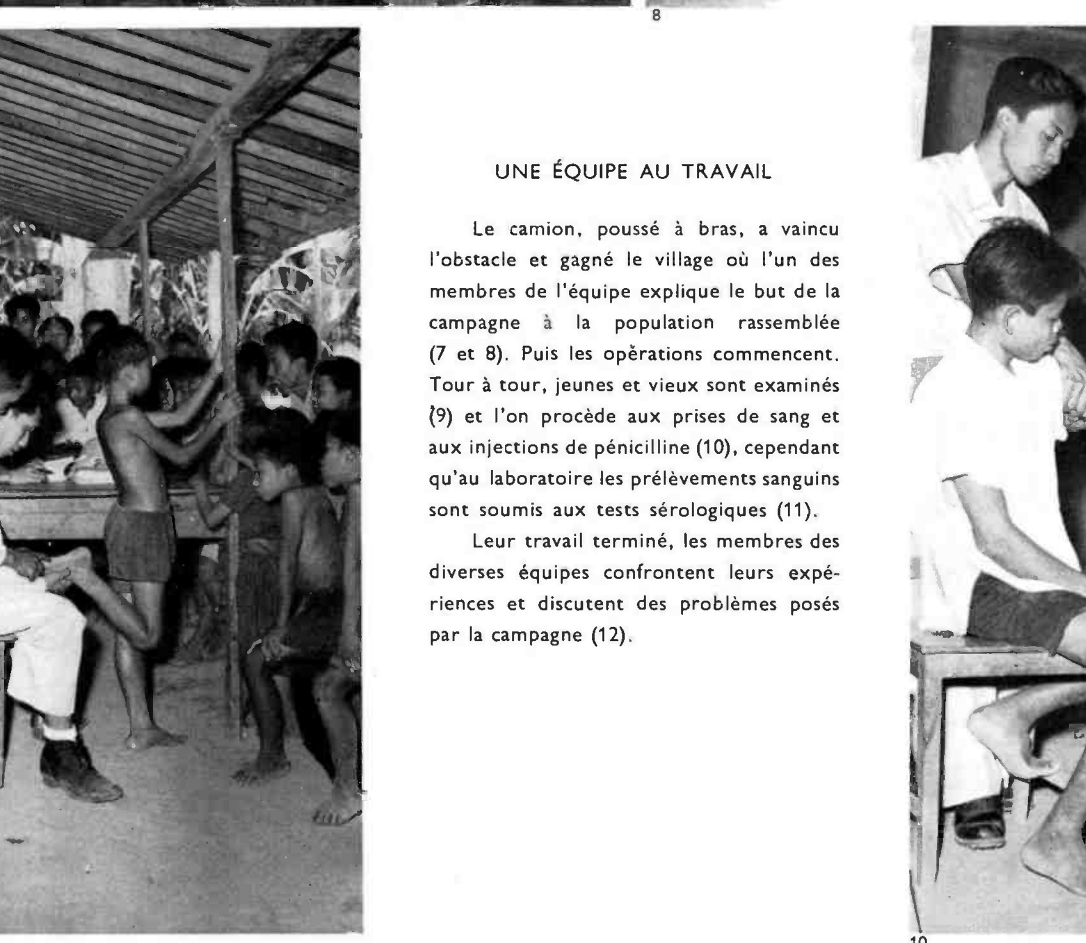
PRÉPARATIFS

Au quartier général de la campagne entreprise en Indonésie contre le pian, le personnel national des équipes volantes reçoit une formation appropriée. Documents photographiques (1), tableau noir (2) et projections lumineuses (3) sont utilisés dans les cours sur l'étiologie, la symptomatologie et l'épidémiologie du pian. L'enseignement théorique est suivi de démonstrations du diagnostic et du traitement de la maladie (4).

Le plan de la campagne a été arrêté avec les autorités locales (5) et, dans un village, un chef d'équipe informe le conseil municipal du déroulement des opérations (6).


4




9

UNE ÉQUIPE AU TRAVAIL

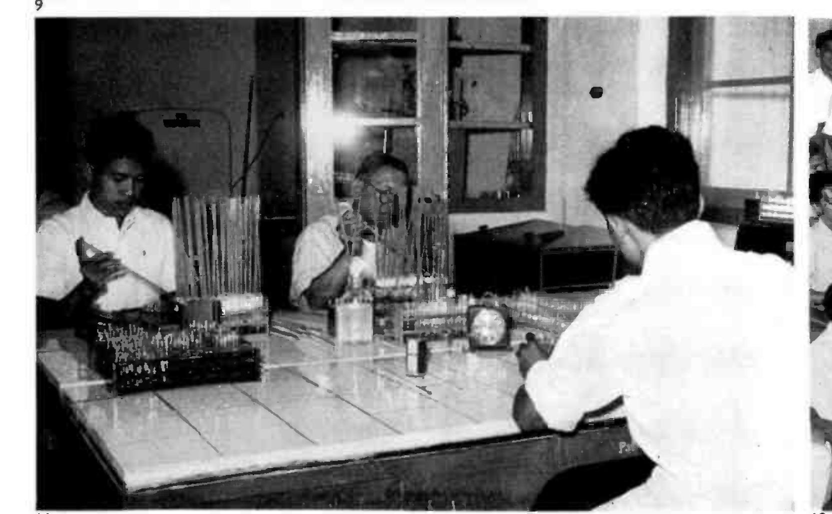
Le camion, poussé à bras, a vaincu l'obstacle et gagné le village où l'un des membres de l'équipe explique le but de la campagne à la population rassemblée (7 et 8). Puis les opérations commencent. Tour à tour, jeunes et vieux sont examinés (9) et l'on procède aux prises de sang et aux injections de pénicilline (10), cependant qu'au laboratoire les prélèvements sanguins sont soumis aux tests sérologiques (11).

Leur travail terminé, les membres des diverses équipes confrontent leurs expériences et discutent des problèmes posés par la campagne (12).

10


5


6


11


12

LA LUTTE CONTRE LE PIAN AU LIBÉRIA

Cette campagne est entreprise par le Gouvernement avec l'aide du FISE et de l'OMS et l'appui financier de l'assistance technique. Ci-contre, une infirmière du Libéria fait une injection de pénicilline.

CAMPAGNES ANTIPALUDIQUES AU LIBAN ET AU CAMBODGE



Chasse aux vecteurs du paludisme lors de la campagne menée au Liban avec l'aide de l'OMS. Ce piège conique érigé au-dessus d'un puits surprend le moustique au moment où il sort de l'état de nymphe.



Les membres de l'équipe antipaludique de l'OMS, au Cambodge, démontrent à de futurs éducateurs sanitaires cambodgiens, vietnamiens et laotiens, les méthodes de pulvérisation au DDT.

Au Sarawak, les équipes internationales de vaccination par le BCG ont combattu le pian au moyen de fournitures livrées par le FISE, et la lutte se poursuit maintenant par les soins des équipes nationales.

Sur la demande du Gouvernement, l'OMS a effectué une enquête dans les Etats de Kélantan et de Trengganu (Malaisie) et a proposé aux autorités un programme de lutte contre le pian. Les autorités du Samoa occidental, des îles Cook et des îles Fidji ont demandé une aide et les autorités de la Nouvelle-Guinée néerlandaise ont également manifesté leur intérêt à l'égard d'un programme de ce genre.

Lutte antivénérienne à Taïwan

L'exécution du projet de lutte antivénérienne à Taïwan a débuté en août 1953, avec l'aide de la Foreign Operations Administration et les fournitures et le matériel livrés par le FISE. L'OMS enverra une équipe de quatre personnes ; deux d'entre elles, un expert des maladies antivénériennes et un éducateur sanitaire, étaient sur les lieux à la fin de l'année et participaient déjà aux opérations. Un comité pour la lutte antivénérienne a été créé. Un dispensaire antivénérien, destiné à servir de centre de démonstration et de formation professionnelle, a été installé à l'Hôpital provincial de Taïpeh, et le centre administratif fonctionne au centre sanitaire provincial de démonstration et de formation professionnelle de cette même ville. Le personnel homologue national reçoit une formation en cours de service et des résultats satisfaisants ont déjà été obtenus.

Le sérologiste fourni par le Gouvernement a inspecté les vingt laboratoires qui participeront aux opérations. Le premier groupe de médecins et de techniciens de laboratoire a terminé, au laboratoire de référence installé dans le laboratoire des vaccins et sérums de Taïwan, un cours d'initiation aux méthodes et aux techniques de laboratoire nécessaires pour l'exécution du programme. La formation d'un deuxième groupe de spécialistes du même genre a commencé. Des cours analogues seront organisés, tous les deux mois, jusqu'à ce que tout le personnel des laboratoires participants aient reçu la formation voulue. On a, d'autre part, mis au point un vaste programme d'éducation sanitaire à l'intention des instituteurs. Dans le port de Keelung, qui est le plus grand port international de Taïwan, 400 à 500 serveuses et autres employées de restaurant ont été examinées et ont reçu un traitement approprié. Ce groupe de personnes pose, à Keelung, un problème spécial. Des plans sont actuellement élaborés en vue de l'exécution, dans l'ensemble de l'île, d'un programme de lutte antivénérienne intéressant les femmes enceintes, leurs maris et leurs enfants ; il sera mis en œuvre avec l'aide de l'OMS et du FISE. Les opérations commenceront à Taïchung, où, avec l'aide de l'OMS, un projet de démonstration et de formation professionnelle a été entrepris en matière de protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Construction d'hôpitaux

Au cours de l'année 1953, l'OMS a envoyé au Cambodge, à Hong-kong, aux Philippines, au Samoa sous administration américaine, à Sarawak et au Viet-Nam, un architecte spécialisé dans la construction d'hôpitaux qui a été chargé de fournir aux gouvernements des conseils pour rénover des hôpitaux existants ou pour en construire de nouveaux. Les plans d'un hôpital d'enfants de 250 lits à Saïgon ont maintenant été établis sous leur forme définitive et les travaux de construction commenceront probablement bientôt.

* * *

Tendances actuelles

L'OMS a dès ses débuts souligné l'importance d'une coordination des entreprises communes, à partir de l'instant même où il est procédé à l'établissement des plans, et l'expérience a montré que la coordination entre plusieurs autorités nationales n'est pas moins importante que celle qui s'effectue entre organisations internationales. C'est ainsi que des comités de coordination fonctionnent efficacement dans plusieurs pays de la Région. Du comité de coordination central dépendent des sous-comités chargés de veiller à ce que le travail entrepris dans des domaines spéciaux de la santé publique coïncide avec le développement général du pays. Ces sous-comités se composent d'un personnel technique détaché par le gouvernement et de représentants des organisations bilatérales, de l'OMS et d'autres institutions spécialisées des Nations Unies qui portent un intérêt aux activités envisagées. Des membres qualifiés d'organisations bénévoles peuvent également être cooptés.

Ce système paraît bien fait pour éclairer tous les organismes nationaux et internationaux sur les répercussions lointaines de certains projets spéciaux, sur la relation qui existe entre les projets bénéficiant d'une aide internationale et ceux qui sont entièrement nationaux. On se propose d'encourager cette politique d'action commune et l'on espère qu'elle contribuera, d'une part, à précipiter l'évolution suivant laquelle l'exécution pratique de projets individuels est progressivement abandonnée au profit du développement des services de santé publique et de leur administration nationale et, d'autre part, à accroître l'importance du rôle qui incombe à l'OMS en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice de l'action sanitaire internationale.

PARTIE III

COOPÉRATION AVEC D'AUTRES ORGANISATIONS

CHAPITRE 17

COORDINATION DES TRAVAUX DE L'OMS AVEC CEUX D'AUTRES ORGANISATIONS

Collaboration dans le domaine social

Au cours des deux dernières années, le Conseil Economique et Social et l'Assemblée générale des Nations Unies ont porté une attention particulière au développement et à la concentration des efforts poursuivis dans le domaine social par l'Organisation des Nations Unies et par les institutions spécialisées. L'insuffisance des informations disponibles sur la situation et son évolution dans les différentes parties du monde entravait l'établissement de directives générales en vue de l'amélioration des conditions sociales ; c'est pourquoi le Conseil Economique et Social, se rangeant à l'avis de la Commission des Questions sociales, a estimé que le secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, d'une part, et l'OIT, la FAO, l'UNESCO et l'OMS, d'autre part, devraient préparer alternativement, à des intervalles de deux ans, deux rapports : l'un sur la situation sociale dans le monde et l'autre sur les programmes nationaux d'action sociale. Cette décision a été prise en 1952, après la présentation, à la Commission des Questions sociales, du rapport préliminaire sur la situation sociale dans le monde, dont l'OMS avait rédigé le chapitre relatif aux questions sanitaires. Les travaux ont commencé pour la préparation du premier rapport sur les programmes nationaux d'action sociale, qui sera examiné par le Conseil Economique et Social en 1954.

Afin d'assurer le maximum d'efficacité pratique aux activités des organisations des Nations Unies, le Conseil Economique et Social a invité en 1952 les gouvernements et les institutions spécialisées à lui adresser des recommandations et des suggestions pour un programme d'action pratique concertée dans le domaine social. Les Etats Membres de l'OMS ont été invités à présenter des observations sur les aspects sanitaires de ce programme (résolution EB11.R40). Bien qu'aucune recommandation précise n'ait été formulée à ce sujet, la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé a souscrit, dans la résolution WHA6.24, à la résolution 642 (VII) de l'Assemblée générale sur le développement économique et social intégré, en soulignant qu'elle devrait servir de guide pour l'établissement des programmes en question ; elle a, d'autre part, approuvé à nouveau l'énoncé de principes adopté par le Conseil Economique et Social dans la résolution 222 (IX) pour le programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique.

L'Organisation des Nations Unies, après consultation avec les institutions intéressées,[1] a présenté en 1953 au Conseil Economique et Social des suggestions pour ce programme d'action pratique. Le Conseil a recommandé, dans la résolution 496 (XVI), que l'on s'attachât tout particulièrement, pour l'immédiat, à l'aménagement des collectivités, à la formation du personnel technique et du personnel auxiliaire et au renforcement des administrations nationales et locales. Il a autorisé le Secrétaire général des Nations Unies à réunir des groupes restreints composés de hauts fonctionnaires chargés d'élaborer la politique sociale de divers gouvernements et de représentants des secrétariats des organisations internationales intéressées, en vue d'établir des plans d'action concrète pour la réalisation de vastes projets d'aménagement des collectivités. A l'occasion de ces réunions, l'OMS fournira aux gouvernements une aide appropriée.

En vue de l'élaboration de ce programme, des consultations inter-secrétariats ont eu lieu dans le cadre du Comité administratif de Coordination ; certaines de ces consultations, portant sur l'aménagement des collectivités, ont été organisées au cours de la session d'été du Conseil Economique et Social, tandis que d'autres, consacrées aux programmes sociaux en général, se dérouleront pendant l'été de 1954. Des réunions analogues ont eu pour but de coordonner les méthodes financières et administratives ainsi que les activités communes dont il est question plus loin. Ces diverses consultations ont permis de présenter des suggestions utiles concernant les méthodes à employer et d'assurer une meilleure compréhension des buts et des activités des organisations participantes ; elles ont également mis en lumière la souplesse croissante du système de coordination inter-secrétariats.

Les travaux du Bureau de l'Assistance technique, organe de coordination du programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique, sont décrits au chapitre 18. On trouvera ci-après des exemples de collaboration dans le domaine social entre l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies.

---

[1] Document ONU E/CN.5/291

Education de base

L'OMS collabore avec l'Organisation des Nations Unies, l'OIT, la FAO et l'UNESCO au programme d'éducation de base de cette dernière organisation. Ce programme représente un effort méthodique visant, dans les pays insuffisamment développés, à faire prendre conscience aux populations de leurs possibilités individuelles et collectives, et à les aider à acquérir certaines connaissances et techniques élémentaires qui sont la condition préalable de tout progrès. Il est fait mention, au chapitre 3, page 33, de travaux entrepris en commun dans les centres régionaux d'éducation de base qui ont été créés en Egypte et au Mexique, ainsi que du programme national de Ceylan. Des dispositions ont été adoptées en vue de rattacher l'éducation sanitaire entreprise dans le centre égyptien — qui est un centre de formation professionnelle pour les pays arabes — aux travaux effectués dans la zone avoisinante de démonstrations sanitaires de Calioub, qui a été créée avec l'aide de l'OMS et de la FAO. L'éducateur sanitaire envoyé par l'OMS au Mexique a terminé, à la fin de l'année, sa mission au centre pour l'Amérique latine et la continuation des travaux sanitaires sera assurée par le Gouvernement.

Aménagement des collectivités

Lors des réunions inter-organisations mentionnées plus haut, l'aménagement des collectivités a été défini comme un terme générique employé pour désigner l'ensemble des travaux par lesquels les collectivités s'efforcent d'élever leur propre niveau de vie. Dans les programmes d'aménagement des collectivités, on s'efforce de combiner l'aide extérieure avec l'initiative locale et avec les efforts entrepris par les intéressés pour résoudre eux-mêmes les questions qui se posent. Ces programmes visent à créer des services (tels que les services de santé ou d'enseignement) et à mettre sur pied des entreprises locales (par exemple, des coopératives et de petites industries), en coordonnant ces diverses activités pour arriver à la solution des problèmes fondamentaux de la collectivité. Les travaux sanitaires qui, dans les divers programmes d'aménagement des collectivités, donnent les meilleurs résultats pratiques sont ceux qui ont trait à l'assainissement, à l'organisation d'unités sanitaires locales et à l'éducation sanitaire.

Dans l'aménagement des collectivités, on peut souvent commencer par un projet particulier, tel que la création d'un centre sanitaire, qui servira ensuite de point de départ pour le développement progressif d'autres activités. Les zones de démonstrations sanitaires, créées avec l'aide de l'OMS, en collaboration avec d'autres organisations, fournissent des exemples de ce type de projet.

L'Organisation des Nations Unies a recueilli, en 1952 et 1953, des informations en vue de la préparation d'un rapport sur les méthodes qui se sont révélées efficaces, dans différents pays, pour l'aménagement des collectivités. Une partie de cette documentation a été réunie au moyen d'enquêtes effectuées sur place en Asie et en Méditerranée orientale, avec la participation de l'OMS.

Formation du personnel auxiliaire

Les nombreuses études que poursuit l'OMS sur les attributions, les responsabilités et la formation du personnel auxiliaire ont facilité la discussion de ces problèmes par les organisations intéressées des Nations Unies. L'OMS a été représentée aux réunions régionales d'experts que l'Organisation des Nations Unies a organisées, vers la fin de 1952 et durant 1953, en Colombie, dans l'Inde et au Liban pour l'étude de cette question. D'autres discussions inter-organisations portant sur les problèmes communs sont également envisagées.

Action à long terme en faveur de l'enfance

Les services créés à l'intention de la famille et de l'ensemble de la collectivité couvrent la plupart des besoins de l'enfance ; il est néanmoins indispensable d'assurer à celle-ci certains services spéciaux comme, par exemple, l'instruction scolaire et l'attribution d'un supplément d'alimentation à l'école. L'Organisation des Nations Unies (y compris le FISE) et les quatre institutions spécialisées qui s'occupent de ces questions se consultent régulièrement, par l'entremise du Comité administratif de Coordination, sur les activités à long terme en faveur de l'enfance qui pourraient aider les gouvernements à développer et à coordonner leurs services généraux et spéciaux dans ce domaine. Ces consultations permettent également de coordonner les divers programmes techniques auxquels le FISE accorde son assistance en envoyant des fournitures ou en offrant des possibilités de formation professionnelle.

Dans le cadre de ce programme commun, l'OMS a participé, en 1952, à une étude sur les services sociaux généraux (y compris les services destinés à l'enfance) existant en Birmanie et, en 1953, à un examen des services de protection de l'enfance en Syrie. Les évaluations, qui en sont encore au stade expérimental, ont pour but d'aider les gouvernements à faire l'inventaire des moyens dont ils disposent pour la protection de l'enfance et à élaborer des plans en vue de développer cette protection, avec ou sans aide internationale. Les plans qui seront établis par les gouvernements sur la base de ces évaluations permettront, en même temps, de coordonner l'assistance accordée par les différentes organisations internationales. L'OMS continuera à participer à ces travaux si les résultats des premières évaluations donnent lieu de conclure au succès de cette expérience.

Réadaptation des personnes physiquement diminuées

L'Organisation des Nations Unies, l'OIT, l'UNESCO et l'OMS ont inauguré en 1951 leur collaboration dans ce domaine en publiant un rapport technique sur un programme coordonné visant la réadaptation des personnes physiquement

diminuées, notamment des personnes atteintes de cécité.

L'OMS a invité les autres organisations à participer à une série de réunions d'experts consacrées à l'étude des problèmes de l'enfance diminuée et se rattachant aux programmes d'hygiène de la maternité et de l'enfance de l'Organisation. La première en date de ces réunions fut celle du Comité mixte d'experts de l'Enfance physiquement diminuée, dont le rapport a paru en 1952 ; [2] le Comité mixte d'experts de l'Enfance mentalement insuffisante a été convoqué en 1953, et la réunion d'un groupe d'étude ou d'une conférence sur les enfants atteints de surdité est envisagée pour 1955. L'OMS a attribué, durant l'année, des bourses d'études en vue d'une participation à un cours de formation professionnelle sur la réadaptation des enfants atteints d'infirmité motrice organisé par le Centre international de l'Enfance à Paris (voir Tableau I, page 90). L'OMS a, par ailleurs, entrepris en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies et la Fédération mondiale des Anciens Combattants, des travaux préparatoires concernant les appareils de prothèse en vue d'une réunion d'experts qui doit avoir lieu en 1954 et elle a prêté son concours pour l'exécution de divers programmes nationaux de réadaptation (voir chapitre 3, page 31).

Logement

La création d'un nombre suffisant de logements satisfaisants soulève un certain nombre de problèmes techniques ; quelques-uns d'entre eux ont été étudiés, en Europe, par la Commission Economique pour l'Europe, notamment par le Sous-Comité de l'Habitat créé par le Comité de l'Industrie et des Produits de Base ; cette commission a organisé, d'autre part, un centre de démonstration. La liaison a été maintenue avec ces deux organismes.

L'Organisation des Nations Unies s'est particulièrement préoccupée, au cours des dernières années, des problèmes de l'habitat dans les régions tropicales. En 1951, la Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient a constitué, conjointement avec l'OIT et l'UNESCO, un groupe de travail intersecrétariats sur l'habitat et les matériaux de construction en Asie et en Extrême-Orient, auquel l'OMS a participé. L'OMS a présenté, en outre, une communication technique lors d'un symposium sur l'habitat tropical dans l'Asie du Sud-Est, convoqué en décembre 1952 par l'UNESCO, et elle collaborera avec les Nations Unies à la préparation d'un colloque et d'une exposition du logement prévus pour le début de 1954 à Delhi. L'exposition sera organisée sous la forme d'un village modèle pour lequel l'OMS a fourni des informations et des avis sur les problèmes d'assainissement et sur l'organisation d'un centre sanitaire. L'OMS a de même été représentée à des réunions sur l'habitat, lors de la Conférence régionale asienne de l'OIT, qui s'est tenue à Tokyo.

[2] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **58**

Autres questions

L'OMS a pris part à des consultations avec l'Organisation des Nations Unies, ainsi qu'avec plusieurs institutions spécialisées et avec le Comité intergouvernemental pour les Migrations européennes, en vue de l'établissement du programme commun en matière de migrations, question qui est principalement du ressort de l'OIT (voir page 31).

L'Organisation a, de plus, donné des avis techniques et une aide pour les fournitures médicales et elle a procédé à l'achat de quantités substantielles de fournitures de ce genre pour le compte des organisations des Nations Unies (chapitre 7).

La collaboration dans le domaine de l'information est décrite au chapitre 9.

Organisation des Nations Unies

De même que d'autres institutions spécialisées, l'OMS collabore avec l'Organisation des Nations Unies au rassemblement et à la publication de statistiques, et elle se fait représenter aux réunions de la Commission de Statistique et de la Commission de la Population du Conseil Economique et Social. Cette collaboration, qui s'est poursuivie en 1953, s'est étendue aux questions intéressant la comparabilité internationale des statistiques, à la conclusion d'arrangements en vue de la publication des informations et à l'organisation de cours de formation professionnelle. La première conférence des commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires a été convoquée conjointement par les Nations Unies et l'OMS ; le chapitre 5 fournit des indications à ce sujet. La liaison a été maintenue avec l'Organisation des Nations Unies dans les questions se rapportant à la conférence de la population qui, en 1954, se réunira en Italie et pour laquelle l'OMS prépare des études techniques.

L'OMS a continué à donner des avis aux organismes des Nations Unies qui s'occupent des stupéfiants, au sujet de l'établissement ou de l'exemption du contrôle pour certaines substances ; à la demande du Conseil Economique et Social, elle a entrepris des études sur de nouveaux stupéfiants synthétiques et, en collaboration avec la Commission Economique pour l'Europe, des travaux sur l'examen médical des conducteurs d'automobiles en vue de la prévention des accidents de la circulation routière.

Le Conseil Economique et Social, par l'entremise de sa Commission des Questions sociales, s'occupe de la politique sociale en général, aussi bien que des programmes techniques de prévoyance sociale. L'OMS s'est efforcée, depuis longtemps, chaque fois que l'occasion s'en présentait, de combiner une action préventive de caractère général avec la lutte contre les maladies transmissibles, en attachant, par exemple, des infirmières de la santé publique aux équipes de démonstration. Selon le même principe, des assistantes sociales désignées par l'Organisation des Nations Unies ont été affectées à des centres d'hygiène de la maternité et de l'enfance qui ont bénéficié de l'aide de l'OMS en 1953, et elles ont

prêté leur concours pour la formation du personnel national homologue. L'OMS a participé à plusieurs études ou colloques européens, organisés par l'Organisation des Nations Unies, sur diverses questions sanitaires et de prévoyance sociale (voir Partie IV, page 129).

Organismes de secours des Nations Unies

Il a été fait mention, dans le Rapport annuel de 1952, de la mission que l'OMS, sur la demande de l'Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée (UNKRA), avait envoyée dans ce pays et qui était chargée de donner au Gouvernement de la Corée des avis sur la réorganisation et le développement de ses services sanitaires. Etant donné la situation, il n'a pas été possible, en 1953, de donner effet aux plans établis, mais des crédits ont été prévus pour l'octroi d'une aide au Gouvernement de la Corée en 1954. L'OMS a procédé à d'importants achats de fournitures et de matériel pour le compte de l'UNKRA (voir chapitre 7).

Comme les années précédentes, l'OMS a collaboré avec l'UNRWAPRNE ; on trouvera au chapitre 3 (page 33) une description de l'action sanitaire exercée en faveur des réfugiés de Palestine.

Une aide pour la lutte contre la tuberculose a été accordée au Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, et la liaison a été maintenue avec cet organisme en ce qui concerne le réétablissement de médecins réfugiés.

FISE

En 1953, l'Assemblée générale des Nations Unies a confirmé à nouveau le mandat du FISE, sans limitation de durée. Elle a reconnu que les activités du FISE créent des conditions favorables pour le développement des programmes économiques et sociaux à long terme de l'Organisation des Nations Unies et des institutions spécialisées, particulièrement de l'OMS et de la FAO, et elle a félicité les organisations intéressées d'avoir entretenu des relations de travail de plus en plus étroites.

Le nom du FISE a été changé en celui de « Fonds des Nations Unies pour l'Enfance », mais le symbole FISE a été maintenu.

Les mesures d'assainissement ont contribué directement à la protection de la santé de l'enfance, en facilitant notamment la lutte contre les infections et les infestations intestinales et en réduisant l'incidence du trachome. Aussi le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires a-t-il approuvé en mai 1953 des plans pour des travaux d'assainissement, qui seront exécutés soit en liaison avec des centres d'hygiène de la maternité et de l'enfance, soit de façon indépendante ; les travaux en question ont déjà commencé. Le Comité mixte des Directives sanitaires a approuvé également les activités communes portant sur le contrôle de la qualité du lait et sur l'octroi, dans certaines conditions, d'une aide aux hôpitaux, et il a réexaminé les principes régissant l'assistance accordée par le FISE pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre la lèpre (voir page 16).

D'autre part, il est fait mention, tout au long du présent Rapport, de projets communs d'aide aux gouvernements, pour lesquels le FISE procure les fournitures et offre des possibilités de formation professionnelle, tandis que l'OMS donne des avis techniques ; on en trouvera l'énumération dans la Partie IV. Ces programmes ont trait à divers domaines : hygiène de la maternité et de l'enfance, nutrition, réadaptation des personnes physiquement diminuées, assainissement, paludisme, tréponématoses, tuberculose et autres maladies transmissibles.

La liaison a été maintenue avec le FISE pour l'aide apportée au Centre international de l'Enfance de Paris. L'OMS a fourni des avis au Centre pour un certain nombre de programmes techniques et elle a continué à attribuer des bourses d'études, plus particulièrement à des candidats européens, afin de leur permettre de participer à des cours de formation professionnelle et à des colloques organisés par le Centre. L'OMS avait prêté en 1950 son concours au Gouvernement français pour l'établissement du Centre ; cette assistance ayant été prévue pour une période de trois ans au maximum, la question du maintien de la collaboration avec le Centre devait être examinée par le Conseil Exécutif lors de sa session de janvier 1954.

Institutions spécialisées des Nations Unies

OIT

L'OMS et l'OIT ont poursuivi et intensifié leur collaboration dans le domaine de la médecine du travail, ainsi que dans celui de l'organisation des soins médicaux et des services de santé. En vue de favoriser les travaux se rapportant à la médecine du travail, le Conseil Exécutif de l'OMS a recommandé que l'Organisation continue à effectuer des études suivies sur ces questions, conjointement avec l'OIT ; un rapport sur les mesures propres à renforcer les activités en matière de médecine du travail a été préparé pendant l'année, en consultation avec l'OIT, pour être soumis au Conseil en 1954.

Les deux organisations ont poursuivi en commun leurs travaux sur les questions relatives à l'hygiène des gens de mer ainsi que sur les critères médicaux applicables pour la sélection des migrants ; l'OMS a donné, durant l'année, des avis techniques à l'OIT au sujet de la recommandation contenue dans le rapport du Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail et visant à assurer la protection de la santé des travailleurs sur les lieux de travail (voir chapitre 3, page 30).

L'OIT et l'OMS ont aussi continué à collaborer aux travaux de la Commission internationale antivénérienne du Rhin (voir chapitre 14, page 84).

FAO

Dans les travaux entrepris en commun avec la FAO en matière de nutrition, la contribution de l'OMS consiste à déterminer quels sont les problèmes de la nutrition qui exercent une influence sur la santé publique, à stimuler et à coordonner les recherches sur ces problèmes et à élaborer des mesures pratiques de prévention de la malnutrition.

Les deux organisations ont collaboré en 1953 à l'organisation de conférences régionales sur la nutrition en Indonésie et au Venezuela, à la convocation d'une réunion d'experts sur le métabolisme protidique, à des travaux pratiques concernant la prévention de la malnutrition protidique et, avec la participation du FISE, à l'organisation d'un cours de formation collective sur le contrôle de la qualité et le traitement du lait (voir chapitre 3, page 22). La liaison a été également maintenue avec la FAO dans les travaux entrepris par cette Organisation en matière d'économie domestique, laquelle comprend l'enseignement donné aux femmes sur les principes de la nutrition, sur les normes concernant les soins aux enfants, ainsi que sur les mesures générales d'assainissement et d'hygiène.

Les travaux entrepris conjointement avec la FAO dans les questions se rapportant aux services vétérinaires de la santé publique et aux zoonoses sont décrits au chapitre 1, page 11.

UNESCO

En dehors de l'éducation de base dont il a été question à propos des programmes sociaux interinstitutions, l'UNESCO développe rapidement son activité en vue de l'extension de la scolarité obligatoire et gratuite ; l'OMS contribue à ces efforts en donnant des avis techniques et en collaborant à la formation du corps enseignant dans le domaine de l'hygiène, à l'éducation sanitaire dans les écoles, aux services d'hygiène scolaire ainsi qu'aux mesures d'assainissement visant les bâtiments scolaires et les terrains de jeux. Le rapport du Comité d'experts des Services d'Hygiène scolaire et les documents techniques préparés par l'OMS ont été présentés à la conférence internationale annuelle de l'instruction publique, convoquée par l'UNESCO conjointement avec le Bureau international de l'Education. D'autre part, pendant l'année, l'UNESCO a chargé un membre de son Secrétariat d'étudier les programmes d'hygiène scolaire appliqués dans la zone de démonstrations sanitaires de l'OMS au Salvador.

Les deux organisations se sont fait réciproquement représenter aux réunions sur l'éducation sanitaire de la population (voir Tableau I, page 88) et sur l'emploi des auxiliaires visuels dans l'enseignement (voir chapitre 3, page 33), organisées par l'OMS et par l'UNESCO respectivement. L'UNESCO a fait paraître le rapport sur la réunion des experts de l'hygiène mentale à l'école maternelle (voir chapitre 3, page 26) et elle a aussi publié des listes du matériel d'enseignement nécessaire dans les écoles de médecine, listes préparées par l'OMS (voir chapitre 4, page 41).

Pour les travaux effectués en commun dans les domaines de la documentation et de la bibliographie médicales, il convient de se référer au chapitre 8.

Enfin, l'OMS a participé comme les années précédentes aux travaux du Comité consultatif de l'UNESCO pour les Recherches sur la Zone aride.

Autres institutions spécialisées

Des travaux préparatoires ont été entrepris durant l'année en collaboration avec l'OACI pour la publication d'un manuel sur les mesures de salubrité applicables aux aéroports et aux voyages aériens. L'OMS a, en outre, collaboré avec la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement en désignant des experts sanitaires pour faire partie de missions d'étude. En liaison avec les travaux de la Commission des Transports et des Communications et de la Commission Economique pour l'Europe sur le transport des marchandises dangereuses, l'OMS a entrepris, conjointement avec l'Union Postale Universelle, des recherches sur les moyens de faciliter le transport des substances biologiques, et l'Union procède actuellement au collationnement des règlements postaux et douaniers actuellement en vigueur.

Organisations non gouvernementales

Le Conseil Exécutif a, comme on sait, décidé lors de sa neuvième session de reconsidérer complètement le problème des relations officielles avec les organisations non gouvernementales et invité le Directeur général à préparer une étude sur cette question. A sa onzième session, le Conseil, ayant pris connaissance de l'étude effectuée, a décidé que la question présentait certains aspects au sujet desquels seule l'Assemblée de la Santé avait compétence pour prendre une décision et il a renvoyé ce problème à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Celle-ci n'a pas jugé nécessaire de modifier les principes généraux qui avaient été approuvés par la Troisième Assemblée Mondiale de la Santé pour l'admission de ces organisations aux relations avec l'OMS, et elle a reconnu que, selon ces principes, rien ne s'opposait à une pluralité de représentation des organisations ayant les mêmes champs d'activité (résolution WHA6.49. Le Conseil Exécutif devait donc, au cours de sa treizième session, se prononcer sur quatorze demandes d'admission aux relations officielles, dont certaines présentées pour la première fois.

On trouvera ci-après des exemples de collaboration avec certaines des 27 organisations non gouvernementales qui entretiennent déjà des relations officielles avec l'OMS.

Comme les années précédentes, la collaboration avec le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales a porté sur de très nombreuses questions. Cet organisme, qui groupe 42 associations ou groupements internationaux non gouvernementaux des branches médicales et paramédicales, a été créé en 1949 sous les communs auspices de

l'UNESCO et de l'OMS, en vue de coordonner et d'aider les congrès internationaux des sciences médicales. Le CIOMS fait maintenant porter principalement ses efforts sur l'amélioration de la technique des congrès et sur l'étude des questions intéressant à la fois plusieurs spécialités. La coordination directe dans le choix des lieux et des dates des congrès ne s'est révélée possible que dans un très petit nombre de cas, mais le CIOMS a entrepris diverses autres activités se rattachant aux aspects internationaux de la collaboration scientifique ; il a réuni, en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique, des conférences d'organisateurs de congrès internationaux de médecine et établi un manuel à leur usage. En outre, le CIOMS envoie à l'OMS des exemplaires des comptes rendus des travaux des congrès internationaux, qui sont régulièrement distribués à la bibliothèque du Bureau du Siège et à celles des bureaux régionaux. Les relations de l'OMS avec cet organisme ont été examinées chaque année lors de la discussion du programme et du budget, et l'OMS a continué à subventionner le Conseil, bien que le montant de la subvention, qui était de $35.000 en 1952, ait été ramené en 1953 à $29.000, et qu'une nouvelle réduction soit envisagée pour les années suivantes. On trouvera au chapitre 8 des détails sur la réunion mixte CIOMS/UNESCO/OMS relative à la documentation médicale.

Des relations étroites ont été maintenues, durant l'année, avec la Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies. Celle-ci, au moment de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, a de nouveau organisé un stage d'études sur la santé mondiale, auquel ont participé 50 médecins, étudiants en médecine et infirmières appartenant à 15 pays différents. Elle a inclus des conférences sur l'OMS dans le programme des stages régionaux d'études sur les Nations Unies, qu'elle a organisés pour les éducateurs à Monrovia en avril et à Mogadiscio en octobre 1953. L'Association japonaise pour les Nations Unies a tenu en septembre un colloque sur la santé mondiale ; d'autres associations de la Région du Pacifique occidental affiliées à la Fédération ont également fait preuve d'une grande activité (voir chapitre 16, page 107). La section italienne de la Fédération a patronné une série de conférences sur les problèmes de la santé mondiale, qui ont eu lieu à Rome du 28 octobre au 15 décembre. L'Association de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord a constitué, pour l'OMS, une section spéciale qui a été inaugurée à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé.

L'OMS a collaboré avec l'Association médicale mondiale à l'organisation de la première conférence mondiale de l'enseignement médical, qui a réuni environ 600 participants, provenant de plus de 50 pays et territoires, et, parmi eux, des représentants de 92 écoles de médecine (pour de plus amples détails à ce sujet, voir le chapitre 4). L'Association médicale mondiale a, d'autre part, continué à adresser à l'OMS des suggestions et des avis sur les travaux se rapportant à la *Pharmacopoea Internationalis* et aux dénominations communes internationales.

L'OMS a consulté le Comité international de la Croix-Rouge ainsi que la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge sur de nombreuses questions, notamment en vue de donner effet à la résolution de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé concernant l'organisation d'études sur le droit international médical, et sur les mesures à prendre en Grèce à la suite des tremblements de terre.

L'OMS a maintenu, par voie de correspondance et au moyen d'échanges de vues officieux, des relations étroites avec le Central Council for Health Education (Royaume-Uni) qui lui donne des avis et lui fournit des informations. Sur la demande de l'OMS, le Central Council a envoyé des échantillons de publications et de matériel de l'OMS dans différents pays et à diverses organisations du monde entier. Cet organisme a apporté son entière collaboration à la conférence régionale sur l'éducation sanitaire, qui s'est tenue récemment à Londres (voir page 32), et il a élaboré, en diverses occasions, des programmes d'études à l'intention de personnes visitant le Royaume-Uni et s'intéressant à l'éducation sanitaire et au nombre desquelles figuraient des boursiers de l'OMS ainsi que des membres du Secrétariat.

L'OMS a été consultée au sujet de la préparation de la septième conférence internationale de service social, qui se tiendra au Canada en juillet 1954 et à laquelle l'Organisation sera représentée. Le comité exécutif de la conférence a retenu la suggestion présentée par l'OMS qui visait à rattacher les questions de santé au thème choisi pour les discussions — à savoir l'auto-assistance en matière de santé et de prévoyance sociale (Self-Help in Health and Welfare). L'OMS prépare une liste de documents pour l'information des participants à cette conférence.

Le Conseil international des Infirmières a continué à donner à l'OMS des informations et des avis sur les normes applicables aux services et à l'enseignement infirmiers. Il s'est chargé de nombreuses fonctions, comprenant notamment l'organisation d'un service international d'échange et de placement des infirmières (1949-1953), une étude, confiée à ses associations nationales affiliées, sur les normes qualitatives des soins infirmiers (1951-1953), et une analyse détaillée de 32 rapports nationaux sur le bien-être économique (1950-1953). Les rapports relatifs à ces deux dernières enquêtes sont maintenant disponibles. Le Conseil a en outre publié une étude qui a été préparée par des experts de 21 pays sur la formation de base de l'infirmière monitrice, ainsi qu'une autre étude sur l'équipement standard des écoles d'infirmières. On trouvera, d'autre part, au chapitre 3, page 30, des indications sur une étude concernant les programmes d'enseignement infirmier supérieur, qui a été entreprise au cours de l'année.

L'Union internationale contre le Péril vénérien, qui est en train d'élargir son champ d'activité, a

consulté l'OMS sur la possibilité d'associer étroitement les programmes des deux organisations, en vue 1) d'encourager les associations nationales de certains pays à rechercher des concours bénévoles pour les activités sociales se rattachant à l'éducation sanitaire; 2) d'élaborer, en accord avec l'OMS, un programme portant sur les cinq années à venir; et 3) d'assurer la distribution des publications techniques de l'OMS aux associations nationales affiliées à l'Union. L'Union a envoyé des observateurs aux discussions techniques organisées à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

La collaboration de l'OMS avec l'Union internationale contre la Tuberculose a porté principalement sur les aspects cliniques de la tuberculose, y compris la réunion d'informations et l'encouragement des recherches, notamment en ce qui concerne le traitement au moyen des antibiotiques.

Lors du VIe Congrès international de Microbiologie, qui s'est tenu à Rome en septembre, le représentant de l'OMS a fait rapport sur la suite donnée par l'Organisation à deux requêtes présentées par le Ve Congrès international de Microbiologie, à savoir la création de centres internationaux des shigellae à Atlanta (Géorgie) et à Londres, et l'unification des procédures de transport par la poste des échantillons biologiques.

Il est fait mention au chapitre 3, page 31, de la coopération de l'OMS avec la Ligue internationale contre le Rhumatisme et avec la Société internationale pour la Protection des Invalides. On trouvera dans ce même chapitre, à la page 28, des indications concernant une étude entreprise en 1952 avec la collaboration de l'Association internationale de Pédiatrie.

Les autres organisations qui entretiennent des relations officielles avec l'OMS ont activement coopéré avec l'Organisation grâce à des échanges d'informations et à une représentation réciproque lors de réunions. Elles se sont constamment déclarées prêtes à participer plus largement aux activités de l'OMS lorsque le programme de travail de l'Organisation s'étend à leur sphère particulière d'action sanitaire. On trouvera à l'annexe 7 une liste des réunions et des conférences convoquées par les organisations non gouvernementales ou autres, auxquelles l'OMS s'est fait représenter, et à l'annexe 9 une liste complète des organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS en 1953.

Diverses organisations non gouvernementales qui n'entretiennent pas de relations officielles avec l'OMS lui ont également apporté leur coopération. Voici quelques exemples de cette collaboration :

L'OMS a eu des consultations avec le Bureau international pour la Protection de la Propriété industrielle au sujet de la protection des dénominations communes internationales, ainsi qu'avec l'Organisation internationale de Normalisation et avec l'Union internationale de Chimie pure et appliquée, au sujet de la confirmation de formules développées.

L'Organisation a également collaboré avec l'Association internationale du Transport aérien, dont elle a reçu d'utiles avis, et elle s'est tenue au courant des recherches effectuées par l'Association sur les questions de quarantaine intéressant le trafic aérien international.

Enfin, la participation de l'OMS aux réunions du VIIIe Congrès scientifique du Pacifique, organisé à Manille par l'Association scientifique du Pacifique (voir page 107), a fourni l'occasion d'examiner la question des relations ultérieures avec cette organisation.

Organisations intergouvernementales

On trouvera tout au long du présent Rapport, et notamment dans le chapitre 18, des indications sur la coopération de l'OMS dans les différentes Régions avec les organismes bilatéraux d'assistance technique (Foreign Operations Administration of the United States of America, Colombo Plan for Co-operative Economic Development in South and South-East Asia).

La liaison avec les organisations intergouvernementales exerçant leur activité dans les différentes Régions — telles que la Commission de Coopération technique en Afrique au sud du Sahara, le Conseil de l'Europe, le South Pacific Health Service et la Commission du Pacifique sud — est du ressort des bureaux régionaux respectifs de l'OMS, et les attributions qu'ils ont en ce domaine ont été clairement définies et indiquées aux directeurs régionaux, ainsi que, le cas échéant, aux organisations intéressées. Avec la Commission du Pacifique sud et le South Pacific Health Service la collaboration a porté sur les informations épidémiologiques dans la Région du Pacifique et sur l'établissement d'un code de quarantaine pour la protection des collectivités isolées.

L'OMS est au nombre des institutions spécialisées qui ont été consultées sur les amendements à apporter à la Constitution du Comité intergouvernemental pour les Migrations européennes ; par ailleurs des contacts ont été établis avec le Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires, à l'occasion de la résolution WHA6.40 de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé sur une étude des problèmes relatifs au droit international médical.

CHAPITRE 18

PROGRAMME ÉLARGI D'ASSISTANCE TECHNIQUE EN VUE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

On peut, dès maintenant, distinguer trois phases dans l'évolution du programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique. La première phase, qui s'est étendue de juillet 1950 à décembre 1951, a été surtout une phase de préparation, au cours de laquelle les travaux réalisés sur le terrain par les organisations participantes n'ont pas pris de grandes proportions. La deuxième, qui a coïncidé avec l'année 1952, a été une phase de développement rapide au cours de laquelle le principal souci des gouvernements, qu'ils ont exprimé par l'organe du Conseil Economique et Social et des Nations Unies ou de l'Assemblée générale, a été que les organisations participantes accélèrent le rythme de leurs travaux. En 1953, troisième phase du programme, les ressources financières sont tombées bien au-dessous des besoins, tant pour la continuation des projets de 1952 que pour la mise en train de nombreuses activités demandées de façon pressante par les pays insuffisamment développés. L'OMS s'est donc vue obligée de procéder à une refonte radicale de ses plans, de ralentir le rythme de son aide aux gouvernements, en ajournant chaque fois qu'il était possible la nomination d'experts et l'attribution de bourses d'études, et de rechercher dans certains cas d'autres fonds, ne fût-ce que pour poursuivre des activités déjà en cours ou pour lesquelles des plans très poussés avaient été établis.

L'insuffisance des fonds dont l'OMS a pu disposer en 1953 au titre de l'assistance technique a eu de graves répercussions sur l'ensemble de ses programmes, puisqu'elle s'était jusqu'alors fait une règle d'utiliser de façon interchangeable ses diverses ressources, quelle qu'en fût l'origine, et de mettre en œuvre, avec les gouvernements, un programme sanitaire complet et coordonné.

Les difficultés financières ont rendu impossible le développement des travaux tel qu'il avait été conçu lors de l'élaboration initiale du programme d'ensemble [1] ou tel que les diverses institutions l'avaient ensuite envisagé en fonction de leur participation respective ; en décembre 1953, 121 projets bénéficiant de l'aide de l'OMS étaient en cours d'exécution au titre du programme élargi, contre 167 à la fin de 1952. En 1953, 34 projets ont été achevés et 9 nouveaux projets ont été entrepris ; certains de ces derniers ont été amorcés d'accord avec les gouvernements pour tenter d'utiliser les contributions payées en devises non convertibles. L'OMS a engagé, au titre de l'assistance technique, 150 experts de 32 nationalités, contre 220 en 1952. En décembre 1953, 239 experts venant de 36 pays différents participaient à des projets d'assistance technique, contre un total de 247 en 1952. En 1953, 238 bourses d'études ont été attribuées à des candidats originaires de 69 pays et territoires, alors que 369 bourses avaient été accordées en 1952.

L'activité déployée par l'OMS au titre du programme élargi d'assistance technique est restée dans les grandes lignes la même qu'au cours des années précédentes ; on a toutefois accordé plus d'importance qu'antérieurement à la formation professionnelle et aux projets de nature à influer le plus favorablement sur l'évolution sociale et l'économie du pays requérant.

Conformément à la résolution WHA5.30 de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, toutes les activités relatives à la fabrication des antibiotiques et des insecticides, auparavant entreprises conjointement avec le FISE, ont été transférées le 1er juillet à l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies (voir page 53).

Dispositions administratives

En avril, le Comité de l'Assistance technique a étudié le système administratif appliqué par le Bureau de l'Assistance technique et a prié le Président directeur de cet organisme de lui soumettre, après avoir consulté les institutions participantes, 1) des propositions tendant à améliorer les méthodes suivies pour élaborer, à l'échelon national, des programmes coordonnés d'assistance technique ; 2) un exposé des fonctions des représentants résidents du Bureau de l'Assistance technique et des responsabilités des représentants des institutions participantes dans les pays ou les zones. Il a, d'autre part, recommandé que les représentants résidents continuent à présenter des observations sur les projets intéressant les pays de leur ressort.

[1] Le rapport sur l'Assistance technique que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a présenté au Conseil Economique et Social en 1949 estimait à $35.900.000 pour la première année et à $50.200.000 pour la deuxième année le coût du programme d'assistance envisagé par les institutions spécialisées participantes. Les contributions promises par les gouvernements participants au cours des trois premières périodes sont demeurées à peu près immuables aux alentours de $20.000.000 par an.

En mai, sous la présidence du Secrétaire général des Nations Unies, le Comité administratif de Coordination a examiné les problèmes de méthode posés par l'exécution du programme d'assistance technique et, dans un rapport spécial, soumis au Conseil lors de sa seizième session, a formulé des suggestions sur la coordination des programmes dans les pays, la répartition des ressources et les attributions des représentants résidents. Il a souligné les changements qui avaient été introduits dans l'exécution du programme pour donner suite au désir du Conseil de voir assurer une meilleure coordination des travaux à la direction centrale et une collaboration plus étroite sur place,[2] mais a exprimé l'avis que ces objectifs pourraient mieux être atteints par une planification adéquate que par l'examen et l'évaluation détaillée des programmes par le Bureau de l'Assistance technique lui-même et la répartition des ressources sur cette base. Il a estimé que les activités des institutions spécialisées en tant que telles ne sauraient aboutir à un vrai programme coordonné de développement économique : celui-ci ne peut être réalisé que si les organisations utilisent leurs ressources pour aider les pays à élaborer et à exécuter leurs propres programmes coordonnés de développement économique.

Le Conseil Economique et Social, lors de sa seizième session, tenue en été, a examiné le cinquième rapport du Bureau de l'Assistance technique au Comité de l'Assistance technique.

Le Conseil a également examiné la situation à la lumière de ces rapports ainsi que d'autres documents et s'est rallié à l'idée de la mise au point, dans chaque pays bénéficiaire, d'un programme d'assistance technique dont les diverses parties seraient exécutées en étroite coordination avec les efforts et les plans de développement du gouvernement. Il a, d'autre part, reconnu qu'il incombe aux gouvernements intéressés d'assurer l'organisation rationnelle et la coordination des programmes de ce genre. La nomination de représentants résidents a été approuvée à la majorité et leurs fonctions ont été définies plus clairement.

Financement ultérieur du programme

Conformément à une directive donnée au Conseil Economique et Social dans la résolution 621 (VII) de l'Assemblée générale, le Comité de l'Assistance technique du Conseil décida, au cours d'une session tenue en mars, de charger un groupe de travail d'étudier la possibilité d'arrêter des prévisions financières pour une période de plus d'un an. Il invita le Président directeur du Bureau de l'Assistance technique à prêter son concours au groupe de travail et, en particulier, à lui faire un rapport aussi complet que possible sur l'apport de fonds nécessaire pour l'exécution du programme en 1954 et les années suivantes.

Lors de sa session de juillet, le Comité de l'Assistance technique a reconnu que, pour garantir l'exécution d'un programme à long terme, il serait souhaitable d'obtenir un appui financier plus stable. En conséquence, il suggéra au Conseil d'inviter les Etats participants qui seraient en mesure de le faire à prendre, dans les limites imposées par leur constitution, les dispositions permettant d'assurer au programme un appui financier plus stable. Il décida dans le même temps de charger un groupe de travail d'examiner les méthodes financières appliquées au programme et demanda au Bureau de l'Assistance technique d'effectuer lui-même cette étude, y compris celle de questions telles que le système des engagements et des obligations, ainsi que le montant du fonds spécial de réserve créé en vertu de la résolution 519 (VI) de l'Assemblée générale, et de faire rapport au groupe de travail. Le Conseil, dans la résolution 492 C (XVI), confirma ces décisions et demanda au Comité de l'Assistance technique de présenter toutes recommandations qu'il pourrait désirer faire à la reprise de la session du Conseil, pendant ou immédiatement après la huitième session régulière de l'Assemblée générale.

En septembre, le Bureau de l'Assistance technique a donc procédé à une étude des méthodes financières appliquées à l'exécution du programme. Il a étudié deux méthodes possibles de financement pour l'avenir et a examiné la possibilité d'étendre la période pendant laquelle les programmes approuvés pourraient être mis en œuvre sans être soumis à une nouvelle approbation ; il a également recherché des moyens propres à accroître le fonds spécial de réserve et les affectations qui pourraient lui être données. Les propositions qu'il a formulées à ce sujet ont été examinées, avec d'autres suggestions, par le groupe de travail du Comité de l'Assistance technique, qui s'est réuni en novembre ; mais aucune décision ne fut alors prise et toute la question fut renvoyée au Bureau de l'Assistance technique. En décembre, le Bureau de l'Assistance technique, avec l'appui unanime de toutes les organisations participantes, a adopté une proposition de compromis, d'où il appert que, en réduisant les dépenses de façon limitée pour un certain temps, il serait en mesure de créer une réserve assez importante pour lui permettre à l'avenir de parer à toute fluctuation financière sérieuse. Cette proposition sera examinée par le groupe de travail, qui doit se réunir de nouveau au début de 1954.

Cette proposition vise essentiellement à assurer : 1) que pour chaque exercice financier, les obligations soient maintenues dans des limites raisonnables par l'exercice d'une grande prudence dans les affectations, ce qui évitera d'avoir à retirer des autorisations données pour certains projets à la suite de retards dans le paiement des contributions promises ou en raison d'autres incertitudes financières ; 2) que

[2] Résolution 433 A (XIV) du Conseil Economique et Social (reproduite dans *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 115) par laquelle le Conseil a amendé sa résolution fondamentale sur l'assistance technique, 222 (IX). La résolution 222 (IX), telle qu'elle a été amendée, figure dans le *Recueil des Documents fondamentaux*, sixième édition.

les engagements contractuels assumés pour des périodes à venir soient assujettis à une règle prévoyant que leur montant ne dépassera pas la part, en pourcentage, à laquelle l'Organisation a droit sur la somme de douze millions de dollars (dont trois millions de dollars seraient déjà disponibles au fonds spécial de réserve, tandis que les autres neuf millions seraient accumulés au compte des contributions réservées pendant une période de trois années) ; cette part étant augmentée du montant non engagé des allocations versées à l'Organisation.

Le montant de neuf millions de dollars accumulés au compte des contributions réservées ne pourra être utilisé que : 1) pour des prêts à court terme consentis à une organisation participante, en attendant la réception des contributions des gouvernements, afin de lui permettre de commencer ou de continuer des programmes approuvés, dans la limite des affectations fixées pour cette organisation ; ou 2) pour faciliter et améliorer l'emploi et la gestion des devises, les devises mises en réserve pour la constitution du montant de neuf millions de dollars pouvant être achetées ou vendues par chaque organisation dans les limites fixées par le Bureau de l'Assistance technique. Le fonds spécial de réserve continuerait de servir de source de fonds en attendant la rentrée des contributions au début de chaque exercice financier et à couvrir l'achèvement des projets qui se prolongent au delà de l'exercice en cours.

Il est également stipulé que, dans le cadre des précédentes propositions, chaque organisation demeurera libre d'aménager ses propres opérations de façon à assurer le maximum de sécurité financière qu'elle jugerait nécessaire. L'OMS avait demandé que cette dernière clause y fût insérée.

Frais locaux à la charge des gouvernements bénéficiaires

Le Comité de l'Assistance technique, en mars, et le Conseil Economique et Social, en avril, ont l'un et l'autre réaffirmé le principe suivant lequel les gouvernements doivent assumer une part importante des frais de l'assistance technique qui leur est fournie, soit en monnaie locale, soit en nature, et ont adopté, avec effet à dater du 1er janvier 1954, un plan de modification des méthodes précédemment suivies pour évaluer et financer les frais locaux afférents aux experts internationaux.

Ces frais étaient, jusqu'ici, payés directement aux experts par les gouvernements. Ils englobent les paiements effectués en espèces ou en nature pour couvrir les frais de logement, de déplacement, les frais postaux, téléphoniques ou télégraphiques, etc., et sont entièrement distincts et en sus des dépenses que représentent pour les gouvernements les traitements du personnel national homologue, la mise à disposition de bâtiments, de fournitures et de matériel de tous genres. Ces dernières dépenses sont, dans le cas des projets sanitaires tout au moins, presque toujours bien supérieures aux dépenses correspondantes engagées par l'OMS, puisqu'elles atteignent souvent le quadruple ; on peut s'en rendre compte par une étude du projet de programme et de budget pour 1953,[3] car l'OMS, lors de la préparation de ce document, avait demandé aux gouvernements d'établir une estimation des frais qui leur incombaient. Un rapport rédigé sur la base de quelques réponses reçues et soumis au Conseil Exécutif lors de sa onzième session montre que, tel qu'il avait été prévu pour 1953, le programme d'assistance technique de l'OMS aurait coûté environ neuf millions et demi de dollars à l'Organisation et environ quarante millions de dollars aux gouvernements.

Le Bureau de l'Assistance technique a été informé en septembre qu'un tiers seulement des futurs pays bénéficiaires seraient disposés à appliquer le nouveau plan à partir du 1er janvier 1954. Il fut suggéré, en conséquence, que l'on aurait peut-être avantage à différer d'une année entière l'introduction du nouveau système ou de ne l'introduire que dans ceux des pays qui avaient approuvé le plan et qui s'étaient acquittés à l'avance des paiements dus. Cependant, en octobre, le Comité de l'Assistance technique confirma sa décision : le nouveau système devait entrer en vigueur comme prévu à l'origine, à quelques exceptions près.

A sa réunion de décembre, le Bureau de l'Assistance technique établit un plan d'introduction du nouveau système, avec effet à partir du 1er janvier 1954 pour les pays qui l'avaient approuvé, la date d'entrée en vigueur étant reportée au 1er avril pour ceux qui avaient donné leur accord de principe. Le Bureau de l'Assistance technique a également promulgué qu'aucun nouveau projet ne pourrait être amorcé tant que le gouvernement intéressé n'aurait pas consenti à adopter le nouveau système.

Il décida, en outre, de conserver le pouvoir d'accorder des exemptions des frais locaux pour les projets individuels d'assistance technique, de prolonger les exemptions en vigueur, aussi bien pour les pays que pour les projets, jusqu'au 30 juin 1954, et de réexaminer en mars 1954 le problème des exemptions dans son ensemble.

Dispositions financières en 1953

La Troisième Conférence de l'Assistance technique s'est tenue à New York en février 1953. Les contributions promises par 70 gouvernements à la conférence et après celle-ci se sont élevées à l'équivalent de US $22.396.313, dont US $18.939.010 ont été versés au compte spécial à la fin de l'année. Ces sommes étaient supérieures au montant correspondant de $18.797.232 promis pour 1952 par 65 gouvernements et de $16.210.538 versés à la fin de l'année. Le total des contributions promises pour 1953, joint au solde de $3.395.000 reporté de 1952, a permis au Bureau de l'Assistance technique de

[3] *Actes off. Org. mond. Santé*, **39**

tabler sur des recettes d'un montant équivalent à US $25.300.000, dont il a réservé à l'origine $5.078.000 à l'OMS (soit environ un cinquième du montant total), sous réserve que les contributions soient acquittées dans leur totalité.

L'exécution intégrale du programme d'assistance technique que l'OMS avait établi pour 1953 aurait cependant nécessité $9.455.358, et la seule continuation, en 1953, des projets en cours d'exécution au 31 décembre 1952, compte tenu des dépenses indispensables d'administration centrale et des frais indirects d'exécution, devait revenir à $6.550.000. Il est donc apparu que, dans la meilleure hypothèse possible, les fonds sur lesquels l'OMS pouvait compter seraient inférieurs de $1.472.000 au montant dont elle aurait besoin pour satisfaire aux nécessités immédiates inhérentes à l'assistance technique. Cette situation a été portée en janvier à la connaissance du Conseil Exécutif (onzième session), lequel a examiné les responsabilités de l'OMS au titre du programme élargi d'assistance technique ; dans la résolution EB11.R57.4, il a autorisé le Directeur général à reviser le programme prévu à l'origine et a donné des instructions générales concernant cette revision. L'OMS a poursuivi l'exécution du programme en ralentissant les opérations, en ajournant la mise en train d'activités nouvelles prévues et en imputant certaines activités au budget ordinaire. Elle a, d'autre part, conclu avec le Bureau Sanitaire Panaméricain et avec le FISE des arrangements aux termes desquels ces organisations prendraient à leur charge la totalité ou une partie des dépenses afférentes à certains projets.

Vers la fin du premier semestre de l'année, la situation financière était devenue si critique qu'au cours de sa session d'août le Bureau de l'Assistance technique a décidé de mettre en réserve $1.800.000 en 1953, afin d'augmenter les fonds disponibles pour l'exécution du programme en 1954. En conséquence, l'attribution faite à l'OMS pour 1953 a été ramenée à $4.600.525,[4] et l'Organisation a été obligée de réduire encore ses dépenses de $374.760.

Au cours de la même session, le Bureau de l'Assistance technique a décidé que les institutions participantes devraient réexaminer les dépenses administratives afférentes au programme et s'efforcer de réduire en 1954, si possible de 20% par rapport aux prévisions de 1953, les dépenses administratives et autres qu'entraîne pour le Siège et les bureaux régionaux l'exécution des plans d'opérations.

D'autre part, la gravité de la situation financière a rendu plus indispensable que jamais l'utilisation complète de toutes les devises dans lesquelles les contributions sont versées. Les organisations participantes ont donc redoublé leurs efforts pour acheter des fournitures et du matériel dans des pays dont les devises ne pouvaient être utilisées ailleurs, et elles ont pris des dispositions en vue de l'emploi en commun de certaines de ces devises. Grâce à quoi on est parvenu dans une mesure appréciable à exécuter des projets répondant aux besoins des gouvernements requérants et à tirer parti de devises difficilement utilisables.

[4] Dans ce montant sont compris les engagements de dépenses de l'OMS au 30 juin, au titre des projets de production d'antibiotiques et d'insecticides, mais non la somme transférée à l'Administration de l'Assistance technique pour le deuxième semestre de l'année.

Coordination avec d'autres programmes d'assistance technique

L'élaboration des plans et la coordination des travaux s'effectuant de plus en plus à l'échelon national, l'OMS a consacré une plus grande attention en 1953 au maintien et à l'amélioration de sa collaboration avec les représentants responsables d'autres programmes d'assistance technique, tant unilatéraux que bilatéraux, qui travaillent dans les pays et avec lesquels le personnel en mission de l'OMS entretient des contacts fréquents.

Vers la fin de 1952, le Gouvernement norvégien a établi un programme d'assistance technique pour l'Inde. Un accord tripartite a été conclu entre ce Gouvernement, le Gouvernement indien et les Nations Unies et leurs institutions spécialisées. La mission norvégienne dans l'Inde et l'OMS continuent à collaborer et à échanger des informations. L'OMS est d'autre part restée en contact avec les gouvernements participant au Plan de Colombo et avec les agents responsables des opérations ; des mesures ont été prises pour coordonner les projets d'intérêt commun (voir chapitre 13, page 79).

Au début de 1953 s'est tenue pour la première fois, à Genève, une réunion spéciale entre fonctionnaires de l'OMS et agents de la Technical Co-operation Administration des Etats-Unis d'Amérique. La présence de représentants du siège de la Technical Co-operation Administration, à Washington, et des services d'opération de cette administration a permis de procéder plus facilement à une discussion complète et à des échanges de renseignements fructueux. Il en est résulté une meilleure compréhension et une collaboration plus étroite entre les deux organisations à tous les échelons et à toutes les étapes des travaux. Durant l'année, la Technical Co-operation Administration est devenue partie de la Foreign Operations Administration.

Plans pour 1954

A sa seizième session, le Conseil Economique et Social a examiné le projet de programme pour 1954 que lui avait soumis le Bureau de l'Assistance technique et, dans la résolution 492 C (XVI), Partie A, a exhorté les gouvernements, en vue de permettre la continuation du programme élargi d'assistance technique, à verser pour l'année 1954 des contributions qui permettent de satisfaire, dans la plus large mesure possible, aux besoins du programme de 1954, et qui, en tout cas, ne soient pas inférieures au montant affecté par le Bureau de l'Assistance tech-

nique au programme approuvé en 1953 (soit $25.300.000). Il a d'autre part souligné qu'il fallait de toute urgence que les gouvernements versent promptement les contributions promises et a demandé, pour permettre aux organisations participantes d'établir leurs programmes pour l'année 1954 avant le début de cette année-là, que : 1) le Comité de Négociation des Fonds extra-budgétaires de l'Organisation des Nations Unies se réunisse le plus tôt possible ; 2) la Quatrième Conférence de l'Assistance technique se tienne le plus tôt possible pendant la huitième session ordinaire de l'Assemblée générale.

La Conférence s'est tenue les 12 et 13 novembre, et les représentants de soixante gouvernements ont promis des contributions atteignant au total US $23.617.000. Vingt-trois ont promis des sommes supérieures à celles que leurs gouvernements avaient précédemment versées. En date du 31 décembre 1953, le montant total des contributions que 70 gouvernements s'étaient engagés à verser s'élevait à $24.321.188. Il arrive fréquemment que le versement des contributions promises par les gouvernements est subordonné à l'adoption de dispositions législatives et, dans quelques cas, il sera basé sur un système de réciprocité.

PARTIE IV

LISTE DES PROJETS

PROJETS TERMINÉS OU EN COURS D'EXÉCUTION EN 1953

Cette partie du volume contient une liste des projets de l'OMS (bourses d'études exceptées) signalés comme étant en cours d'exécution pendant tout ou partie de la période de onze mois échue le 30 novembre 1953. On considère — il convient de le rappeler — que l'exécution d'un projet commence à partir du moment où un des principaux membres de l'équipe internationale arrive sur les lieux.

Pour gagner de la place et éviter les redites, on n'a pas mentionné, dans la description des projets donnée dans cette liste, certains éléments communs à la plupart des projets ayant pour but d'aider les gouvernements à améliorer leurs services de santé, et dont les plus fréquents et peut-être les plus importants sont la formation de personnel local et les conseils donnés au gouvernement sur l'utilisation de ce personnel et sur l'extension des travaux, une fois que l'aide internationale a pris fin.

Il existe en outre certaines catégories de projets qui, bien qu'entrepris dans des pays différents ou des régions différentes d'un même pays, ont un objet à peu près identique et qui, par conséquent, possèdent des caractéristiques communes. Ainsi, la lutte contre le paludisme ou d'autres maladies transmises par les insectes entraîne généralement des recherches épidémiologiques et entomologiques. L'éducation sanitaire est une des composantes de la grande majorité des projets et ne caractérise pas seulement les projets d'éducation sanitaire désignés comme tels. La lutte contre d'autres maladies exige en général à la fois des mesures spéciales (par exemple des vaccinations antituberculeuses par le BCG) et l'institution de centres et de méthodes de dépistage et de traitement. Enfin, toute mesure spécifique prise contre une maladie particulière doit, en définitive, s'inscrire dans l'activité des services généraux de santé du pays considéré.

Pour la première fois, on a essayé de donner un aperçu des résultats de certains projets dont l'exécution a été menée à terme, mais on n'a pu le faire que dans une mesure très restreinte. Comme il est dit dans l'introduction du Rapport, on en est encore à chercher un système pratique d'évaluation et, pour l'instant, les rapports sur les projets ne sont pas tous rédigés de manière à donner régulièrement les précisions nécessaires. Pour certaines catégories de projets, il est relativement facile de faire le point des résultats acquis au moment où l'aide internationale a cessé. D'autres — c'est en particulier le cas de ceux qui ont essentiellement un caractère éducatif — peuvent ne porter tous leurs fruits qu'après plusieurs années, et même alors il peut être difficile de distinguer ce qui doit être porté au crédit du projet lui-même de ce qui est attribuable à d'autres facteurs. Pour d'autres projets encore, il peut être totalement impossible au stade actuel d'évaluer sommairement la multitude d'éléments infimes dont la somme constitue le « résultat » du projet.

Les projets portent un numéro de série et sont groupés d'après les six Régions de l'OMS : Région africaine, les Amériques, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée orientale, et Pacifique occidental. Les projets qui intéressent plusieurs pays d'une même Région figurent en premier et sont désignés par les initiales « AFRO », « AARO », « SEARO », « EURO », ou « WPRO ». Les autres projets suivent, dans l'ordre alphabétique des pays. Les projets inter-régionaux apparaissent en fin de liste.

Dans la première colonne intitulée « N° du projet et origine des fonds », la lettre « B » désigne le budget ordinaire de l'OMS ; les initiales « AT » désignent les fonds de l'assistance technique (voir chapitre 18) et les initiales FISE désignent le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Les projets qui ont pris fin au cours de l'année sont marqués d'un astérisque.

AFRIQUE

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
AFRO 4 **B**	* **Enquête sur la formation du personnel infirmier et du personnel auxiliaire** (sept.-oct. 1953) Pour déterminer le genre de programmes de formation professionnelle appliqués dans la Région et pour évaluer les besoins futurs. Le rapport a été discuté au cours de la conférence régionale sur l'enseignement infirmier, tenue en octobre 1953.§	—
AFRO S1 **B**	**Enquête sur la tuberculose** (oct. 1953-) Deux experts ont été chargés de procéder à une enquête sur la répartition et l'incidence de la tuberculose dans l'est et l'ouest de l'Afrique, en vue de permettre l'élaboration ultérieure d'un programme de lutte contre cette maladie.	—
AFRO S2 **B**	* **Enquête sur le paludisme** (1952-mars 1953) Pour déterminer la répartition et l'incidence du paludisme dans les territoires britanniques de l'Afrique.	—

* Projet terminé   § Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
AFRO S8 B	* **Enquêtes sur la fièvre jaune** (mars 1951 - sept. 1953) Pour déterminer la limite méridionale de la zone d'endémicité amarile en Afrique en vue d'une campagne internationale intensive contre la fièvre jaune. §	—
AFRO S9 B	* **Enquête sur la bilharziose** (1951-1953) Enquête régionale visant à déterminer l'ampleur du problème de la bilharziose endémique en Afrique	—
Afrique française 1 AT FISE	**Lutte antipaludique** (nov. 1952 -) Aide au Gouvernement français en vue de déterminer, grâce à un projet pilote international, la méthode la plus efficace et la plus économique pour l'emploi des insecticides à effet rémanent dans la lutte antipaludique au Cameroun et, par la suite, dans d'autres territoires de l'Afrique équatoriale.	FISE
Afrique française S1 B	**Enquêtes sociologiques** (mars 1953 -) Une série d'enquêtes a été effectuée sur l'état social, culturel et économique des populations dans les territoires français et les territoires sous mandat français ; les informations recueillies serviront à organiser l'action sanitaire dans ces territoires.	—
Afrique équatoriale française 1 AT FISE	**Nutrition** (sept. 1952 -) Avis techniques concernant la distribution du lait écrémé fourni par le FISE	FISE FAO
Bechuanaland 1 B	**Lutte contre les tréponématoses non vénériennes** (sept. 1953 -) L'exécution d'un programme de lutte contre ces maladies a débuté par une enquête préliminaire confiée à un expert de l'OMS.	—
Est-Africain S2 B	* **Enquête sur la santé publique** (sept. 1952 - avril 1953) Le fonctionnaire sanitaire de zone a effectué une enquête pour réunir des renseignements généraux et des données d'ordre sanitaire sur chacun des territoires britanniques de l'Est-Africain. Il a non seulement établi des contacts personnels utiles mais encore étudié les moyens par lesquels l'Organisation pourrait venir en aide à ces territoires. Prévue à l'origine pour les territoires britanniques de l'Afrique orientale et centrale, l'enquête a été étendue aux Protectorats britanniques de l'Afrique méridionale et à la Somalie britannique.	—
Ile Maurice 1 B FISE	**Campagne de vaccination contre la coqueluche** (avril 1953 -) En 1948, une grave épidémie de coqueluche avait sévi dans ce territoire, causant plus de 1.700 décès. Un expert-conseil qui s'est rendu dans l'île au mois d'avril a constaté que la coqueluche était répandue dans les villes, mais qu'il n'y avait pas de grave épidémie ; celle de 1948 semble avoir été exceptionnelle. Dans son rapport, l'expert-conseil a recommandé la vaccination des habitants contre la coqueluche seule et a présenté certaines suggestions concernant la technique à adopter. L'île Maurice dispose des moyens nécessaires pour cette campagne et pourra en assurer la continuation après l'achèvement des vaccinations initiales qui dureront de six à neuf mois. Des vaccins et diverses autres fournitures ont été procurés par le FISE.	FISE
Kenya 3 B	**Matériel d'enseignement et de formation professionnelle** (sept. 1953 -) Matériel et fournitures pour les écoles formant du personnel médical	—
Libéria 1 AT	* **Services généraux de santé publique** (août 1951 - mars 1953) Un ingénieur sanitaire a été chargé d'organiser des cours de formation pour ingénieurs sanitaires. Le premier, d'une durée de douze mois (mars 1952 - mars 1953) a abouti à la formation de 19 inspecteurs sanitaires ; les travaux pratiques exécutés à cette occasion ont permis d'améliorer les installations sanitaires de la ville de Monrovia. On estime que ce cours a assuré aux 19 jeunes gens qui l'ont suivi une formation élémentaire suffisante pour qu'ils soient en mesure de contribuer notablement à relever les conditions sanitaires dans les régions auxquelles ils ont été affectés. Un second cours, auquel ne seront admis que des candidats possédant une instruction plus poussée, est en voie de préparation. Un administrateur de la santé publique a analysé la législation sanitaire en vigueur et a soumis un projet de législation nouvelle.	—
Libéria 3 AT FISE	**Lutte contre le pian** (avril 1953 -) Dépistage et traitement des cas, formation de personnel local professionnel et non professionnel ; dans la mesure du possible, traitement par des méthodes modernes des autres maladies se prêtant au traitement ambulatoire. (Ne forme qu'un seul projet avec Libéria 5.)	FISE
Libéria 4 B	* **Hygiène de la maternité et de l'enfance** (1951 - 1953) Des fournitures et du matériel d'enseignement ont été procurés à un centre de protection maternelle et infantile.	—

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Libéria 5 AT FISE	**Lutte antipaludique** (avril 1953 -) Aide au Gouvernement pour déterminer les méthodes les plus efficaces et les plus économiques de lutte antipaludique et pour exécuter des enquêtes épidémiologiques et entomologiques ; élaboration d'un vaste programme de lutte contre le paludisme. (Ne forme qu'un seul projet avec Libéria 3.)	—
Libéria 6 AT	**Education sanitaire de la population** (mars 1952 -) Du matériel et des fournitures ont été envoyés en prévision de l'engagement d'un éducateur sanitaire chargé de collaborer à l'organisation d'un programme national d'éducation sanitaire.	—
Nigeria 4 B	**Ecole d'assistants médicaux** (sept. 1953 -) Des fournitures et du matériel d'enseignement ont été envoyés à l'école d'assistants médicaux de Kano.	—
Nigeria 5 B	**Ecole de formation du personnel des équipes médicales** (sept. 1953 -) Des fournitures et du matériel d'enseignement ont été envoyés à l'école de formation professionnelle de Makurdi, qui prépare du personnel pour les équipes médicales.	—
Seychelles 1 B	**Assainissement** (août 1953 -) Un technicien de l'assainissement a été chargé de procéder à une enquête préliminaire dans ce territoire et d'amorcer un programme de formation de personnel local pour les services d'assainissement.	
Territoires belges 1 FISE	**Nutrition** (sept. 1952 -) Avis techniques concernant la distribution du lait écrémé fourni par le FISE	FISE FAO

LES AMÉRIQUES

AARO 1 B	**Assainissement, cours de formation professionnelle** (déc. 1952 -) Envoi de professeurs, octroi de fournitures et de matériel d'enseignement pour des cours de formation de personnel professionnel ou non dans des écoles de santé publique au Brésil, au Chili et au Mexique	—
AARO 6 AT	**Mission mixte dans les Hautes Andes** (juillet 1952 -) * Première étape (enquête) terminée en décembre 1952 Examen des moyens permettant d'améliorer la situation économique de la population indigène des districts de la Bolivie, de l'Equateur et du Pérou situés dans les Hautes Andes. Soixante-dix pour cent environ de la population de ces trois pays résident dans ces districts et leur intégration dans la vie nationale a été entravée par leurs conditions de vie et par des facteurs d'ordre historique. Dans la partie du rapport qui concerne la santé publique, les enquêteurs relatent leurs observations sur les conditions sanitaires et présentent des recommandations sur les mesures sanitaires qui, à leur avis, devraient aller de pair avec l'essor économique et y contribuer. En substance, le rapport recommande la création et l'extension progressives de services de santé à partir de trois dispensaires ruraux, en tenant soigneusement compte du degré de civilisation et des connaissances actuelles de la population.	ONU OIT FAO UNESCO
AARO 7 AT FISE	**Lutte contre les insectes** (oct. 1952 -) Projet destiné à protéger — principalement par des pulvérisations de DDT — les populations du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua et du Panama contre le paludisme et d'autres maladies transmises par les insectes	FISE
AARO 8 AT FISE	**Lutte contre les insectes** (oct. 1952 -) Projet destiné à protéger — principalement par des pulvérisations de DDT — les populations des pays de la région des Antilles contre le paludisme et d'autres maladies transmises par les insectes	FISE
AARO 9 B	* **Colloque sur l'alcoolisme, Buenos Aires** (mai 1953) §	—

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
AARO 10 AT BSP	**Centre interaméricain de Biostatistique, Santiago** (oct. 1952 -) Centre permanent de formation en statistiques démographiques et sanitaires pour l'Amérique latine. Le centre actuel de Santiago du Chili va être renforcé et servira de modèle. §	BSP ONU
AARO 15 B	* **Colloque sur l'éducation sanitaire, Mexico** (sept. 1953) §	—
AARO 17 B	* **Distribution d'eau** (mai - août 1953) Programme d'amélioration des services de distribution d'eau en Amérique centrale, comportant un cours de formation professionnelle pour agents des services des eaux, et s'inscrivant dans le cadre du programme à long terme d'assainissement dans l'Amérique centrale et le Panama §	Institute of Inter-American Affairs
AARO 18 B	**Assistance aux écoles de médecine** (mars 1953 -) Aide au développement de l'enseignement professionnel : envoi d'un expert-conseil à court terme, échanges de professeurs, bourses d'études, voyages d'études de titulaires des chaires principales, fournitures et matériel d'enseignement	—
AARO 21 B	**Laboratoire et centre de formation professionnelle en vénéréologie, Guatemala** (janv. 1952 -) Laboratoire et centre de formation professionnelle pour l'Amérique centrale	—
AARO 23 B BSP	* **Troisième conférence régionale sur les soins infirmiers, Rio de Janeiro** (juillet 1953) §	BSP Institute of Inter-American Affairs Fondation Rockefeller
AARO 24 AT ONU	* **Colloque sur l'organisation de l'assistance sociale dans les régions rurales de l'Amérique latine, Rio de Janeiro** (fév. 1953) Le rapport final sur ce colloque contient une analyse très complète des facteurs dont il importe de tenir compte pour l'établissement de projets concernant l'assistance sociale dans les districts ruraux, notamment : participation des collectivités ; choix de dirigeants locaux ; continuation, après la cessation de l'aide internationale, de l'action entreprise ; attributions respectives de l'Etat et des collectivités locales ; enseignement ; formation professionnelle (choix de la méthode, du lieu et du moment).	ONU
AARO 25 B FAO	* **Troisième conférence sur la nutrition en Amérique latine, Caracas** (oct. 1953) Problèmes de nutrition en Amérique latine et notamment aspects de la malnutrition protidique et du goitre endémique qui intéressent la santé publique	FAO
AARO 29 B BSP	**Ethnologie appliquée** (janv. 1953 -) Enquête sur l'organisation des services de santé publique d'Amérique latine, en rapport avec le niveau culturel et social des populations	BSP
AARO 31 B	**Statisticien (BCG)** (fév. 1953 -) Doit collaborer à la formation d'équipes BCG.	—
AARO 34 B	**Expert-conseil en santé mentale** (oct. 1953 -) Doit aider à la préparation du colloque de 1954.	—
Bolivie 1 BSP FISE	**Lutte contre le typhus** (janv. 1951 -) Lutte contre le typhus dans l'ensemble du pays	BSP FISE
Bolivie 5 B	**Enseignement infirmier** (avril 1953 -) Renforcement de l'école nationale d'infirmières en vue d'améliorer l'enseignement infirmier	—
Bolivie 6 B	**Etude sur les services d'approvisionnement en eau de La Paz** (juillet 1953 -) Conseils techniques pour la correction chimique de l'eau de boisson et pour l'amélioration générale du système d'approvisionnement en eau	—
Brésil 4 FISE	**Vaccination antidiphtérique et anticoquelucheuse** (sept. 1951 -) Vaccination et production en quantité suffisante d'un vaccin antidiphtérique-anticoquelucheux associé efficace	FISE

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Chili 3 B FISE	**Vaccination antidiphtérique et anticoquelucheuse** (1950 -) Vaccination et production en quantité suffisante d'un vaccin antidiphtérique-anticoquelucheux associé efficace ; établissement de normes pour la lutte généralisée contre la diphtérie et la coqueluche ; évaluation des résultats	FISE
Chili 6 AT	* **Fabrique de pénicilline** (Transférée à l'Administration de l'Assistance technique le 1er juillet 1953)	AAT
Chili 7 FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (1951 -) Formation de personnel pour les zones rurales	FISE
Colombie 1 B FISE	**Vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et la variole** (juin 1950 -) Vaccination et production en quantité suffisante d'un vaccin antidiphtérique et anticoquelucheux associé efficace	FISE
Colombie 4 B FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (sep. 1951 -) Projet visant à organiser la section d'obstétrique de l'Ecole de Santé publique de Bogota, à instituer des cours de démonstration en obstétrique pour le personnel non infirmier et à établir, à l'intention des étudiants en médecine de l'Ecole de Santé publique, un programme d'enseignement portant sur la protection maternelle et infantile	FISE
Colombie 5 AT FISE	**Lutte contre les insectes** (avril 1952 -) Surtout du point de vue de la lutte contre le paludisme et la fièvre jaune	FISE Institute of Inter-American Affairs
Colombie 8 B	* **Administration hospitalière, Hôpital San Juan, Bogota** (oct. 1952 - mars 1953) Un expert-conseil, envoyé pour cinq mois, a donné des avis aux autorités responsables de l'administration de cet hôpital. Son rapport contient de nombreuses informations sur les ressources et le fonctionnement actuel de l'hôpital et formule des recommandations détaillées pour l'avenir. Il recommande notamment que le directeur de l'hôpital soit entièrement responsable de l'administration de l'établissement, compte tenu des instructions générales du Conseil d'administration ; il propose un plan pour l'organisation des divers échelons hiérarchiques et définit les fonctions incombant, sous l'autorité du directeur, au personnel supérieur, dont les principaux membres devraient être engagés à plein temps. Le rapport contient également des recommandations concernant les relations entre l'hôpital et l'Ecole de Médecine, l'amélioration des services infirmiers, et de nombreuses questions de détail. La plupart de ces recommandations s'appliquent également à l'hôpital municipal de Manizales et à l'Hôpital San José, à Popayán.	—
Colombie 11 AT	**Administration de la santé publique** (nov. 1952 -) * Première étape-enquête, terminée en avril 1953 Un expert-conseil a été chargé de donner des avis sur le développement des services de santé publique. Dans son rapport, il décrit leur organisation actuelle et suggère certaines réformes portant notamment sur les points suivants : répartition des attributions aux divers échelons de la hiérarchie, stabilité de l'emploi et continuité de la politique suivie, formation du personnel, priorités, établissement du budget. (La deuxième étape a été différée.)	—
Costa Rica 3 AT	**Ecole d'infirmières, San José** (fév. 1952 -) Projet visant à renforcer l'école d'infirmières de l'Hôpital San José et à développer la formation de personnel auxiliaire.	—
Costa Rica 5 FISE	**Vaccination par le BCG** (mars 1952 -)	FISE
Costa Rica 9 AT	* **Construction d'abattoirs** (juillet - nov. 1953) Etude des problèmes que pose l'établissement des plans et la construction d'abattoirs ; aide pour la construction	—
Costa Rica 10 B	**Cours de formation en radiographie** (oct. 1953 -) Formation du personnel nommé par le Gouvernement	—
Equateur 5 B FISE	**Centre d'enseignement de la phtisiologie** (sept. 1951 -) Projet visant à améliorer et renforcer les services actuels de diagnostic et de traitement ; à coordonner la campagne de vaccinations de masse par le BCG avec la lutte antituberculeuse en général	FISE

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	Description	Institutions participantes
Equateur 6 FISE	**Laboratoire du BCG** (août 1952 -) Projet visant à créer un laboratoire pour la production de BCG. L'OMS se borne actuellement à fournir des conseils techniques.	FISE
Equateur 7 AT	**Lutte antivénérienne, Bahía** (fév. 1952 -) Cette campagne sera ensuite étendue à d'autres régions du pays.	—
Equateur 11 AT	**Institut national de la Santé** (déc. 1952 -) Aide pour des études de bactériologie et de virologie ainsi que pour le contrôle des denrées alimentaires et des médicaments	—
Guatemala 10 B	**Evacuation des ordures ménagères** (avril 1953 -) Evacuation des ordures ménagères et lutte contre les mouches à Guatemala	—
Haïti 1 B BSP FISE	**Lutte contre le pian et la syphilis** (juillet 1950 -) Elimination du pian au moyen d'une campagne de traitements de masse par les antibiotiques ; lutte contre la syphilis dans les zones rurales par l'antibiothérapie	BSP FISE
Honduras 2 AT	* **Education sanitaire** (mai 1952 - avril 1953) Un expert-conseil a été affecté au Ministère de la Santé pour une période de douze mois. Une enquête sur les problèmes et les ressources du pays a démontré qu'il était urgent de venir en aide aux écoles rurales et aux écoles normales d'instituteurs, et des plans visant à renforcer ces établissements ont été soumis au Gouvernement. Une école d'été a été organisée à l'intention des instituteurs ruraux et une bourse a été accordée à une institutrice en vue d'études à l'Ecole de Santé publique de Porto Rico ; à son retour, l'intéressée remplira les fonctions de spécialiste en éducation sanitaire. Le Servicio Cooperativo Interamericano de Educación assurera désormais le fonctionnement de cette école d'été et la continuation du programme d'éducation sanitaire envisagé. Des avis ont été donnés en ce qui concerne le matériel et les fournitures.	Institute of Inter-American Affairs
Honduras britannique 2 FISE	**Vaccination par le BCG** (sept. 1953 -)	FISE
Jamaïque 1 AT FISE	* **Lutte antituberculeuse** (août 1952 - juillet 1953) Aide pour le lancement d'une campagne antituberculeuse dans l'ensemble de l'île	FISE
Jamaïque 3 FISE	**Vaccination par le BCG** (oct. 1951 -)	FISE
Mexique 3 AT	* **Centre régional d'éducation de base (CREFAL)** (avril 1951 - déc. 1953) Envoi d'un spécialiste de l'éducation sanitaire au Centre régional d'éducation de base pour l'Amérique latine, Pátzcuaro	OIT FAO UNESCO Organization of American States
Mexique 4 B	**Lutte contre la rage** (juillet 1952 -) Vaccination des chiens ; vaccination du cheptel contre la rage paralytique ; recherches sur le rôle des vampires et sur leur répartition dans le pays	BSP
Panama 1 AT FISE	**Services ruraux de santé publique** (août 1952 -) Développement des services ruraux de santé publique ; organisation d'un laboratoire central de la santé publique	FISE
Paraguay 1 AT FISE	**Lutte contre les insectes** (juillet 1952 -) Lutte contre le paludisme et autres maladies transmises par les arthropodes	FISE
Paraguay 2 AT	**Lutte antituberculeuse** (août 1952 -) Détermination de la fréquence de la tuberculose ; démonstration de méthodes de lutte antituberculeuse dans les zones urbaines et rurales ; intégration de la lutte antituberculeuse dans d'autres programmes de santé publique ; formation de personnel	—
Paraguay 3 B FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (sept. 1951 -) Organisation de services d'hygiène de la maternité et de l'enfance dans la région d'Assomption-Villa Rica	FISE

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Paraguay 4 AT	**Lutte antivénérienne** (janv. 1952 -) Détermination de la fréquence des maladies vénériennes ; démonstration de méthodes de lutte antivénérienne ; organisation de services antivénériens dans la région d'Assomption-Villa Rica	—
Paraguay 5 AT FISE	**Lutte contre l'ankylostomiase et la variole** (déc. 1951 -) Campagne de lutte contre l'ankylostomiase et la variole dans la région d'Assomption-Villa Rica, qui sera ensuite étendue à l'ensemble du pays	FISE Institute of Inter-American Affairs
Paraguay 6 B	**Ecole de Médecine, Assomption** (avril 1953 -) Affectation d'un spécialiste de la santé publique à l'Ecole de Médecine	—
Pérou 5 AT FISE	**Lutte contre les insectes** (nov. 1952 -) Surtout du point de vue de la lutte contre le paludisme et la maladie de Chagas	FISE
Pérou 7 B	* **Services de fichiers médicaux** (sept. 1951 - sept. 1953) Aide pour l'organisation de services de fichiers médicaux dans les hôpitaux relevant de la sécurité sociale ; cours avancé de bibliothéconomie médicale	—
Pérou 10 AT FISE	**Protection maternelle et infantile et services sanitaires connexes** (sept. 1952 -) Mise en œuvre d'un programme de protection maternelle et infantile, qui viendra s'intégrer dans les autres programmes de santé publique de la région Lima-Pativilca-Huarás-Callejón de Huaylas	AAT FISE
Pérou 11 B	**Ethnologue pour le Centre sanitaire d'Ica** (mai 1952 -) Affectation au Centre sanitaire gouvernemental d'Ica, d'un ethnologue chargé d'étudier l'adaptation de méthodes à la civilisation locale	Fondation Rockefeller
Pérou 12 AT FISE	* **Diagnostic bactériologique de la tuberculose** (déc. 1952 - oct. 1953) Aide au Ministère de la Santé publique ; formation de personnel	FISE
Pérou 13 AT FISE	**Centre de démonstration et de formation professionnelle en matière de santé publique, Callao** (oct. 1952 -)	AAT FISE
République Dominicaine 2 AT FISE	**Lutte contre les insectes** (sept. 1952 -) Campagne en vue de réduire la fréquence du paludisme et d'éliminer *Aëdes aegypti*	FISE
Salvador 3 FISE	**Vaccination par le BCG** (oct. 1951 -) Projet visant à intégrer les campagnes de vaccination par le BCG dans le programme général de lutte contre la tuberculose	FISE
Salvador 5 AT	**Zone de démonstrations sanitaires** (sept. 1951 -) Etablissement de services sanitaires dans une zone rurale ; formation sur place de personnel technique et autre personnel	OIT FAO UNESCO
Trinité 1 FISE	**Vaccination par le BCG** (mai 1952 -)	FISE
Trinité 4 B FISE	* **Laboratoire de diagnostic bactériologique de la tuberculose** (août - nov. 1953) Aide pour l'amélioration des services de diagnostic bactériologique	FISE
Venezuela 1 AT	* **Démonstrations sur l'organisation de services locaux de santé** (fév. - avril 1953) Première étape (étude de la région et des besoins qui s'y manifestent) terminée en avril 1953	—

ASIE DU SUD-EST

SEARO B	* **Conférence sur la nutrition, Bandoeng** (juin 1953) Troisième réunion du Comité régional FAO/OMS de la Nutrition pour l'Asie méridionale et orientale ; alors que les deux précédentes s'étaient tenues sous l'égide de la FAO, cette troisième réunion s'est tenue sous les auspices des deux organisations. Le comité s'est préoccupé tout spécialement de l'amélioration de la valeur nutritive du riz consommé par les populations et de l'amélioration de la valeur nutritive des régimes alimentaires à base de riz. Il a maintenu les recommandations qu'il avait faites lors de ses précédentes réunions.	FAO

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Afghanistan 2 AT FISE	**Lutte antivénérienne, Kaboul et Kandahar** (janv. 1952 -) Avec recours au laboratoire de la santé publique	FISE
Afghanistan 4 B	**Ecole d'infirmiers, Kaboul** (oct. 1953 -) Collaboration au programme d'enseignement et de formation professionnelle	—
Afghanistan 5 AT	**Faculté de Médecine, Université de Kaboul** (janv. 1952 -) Affectation à la Faculté de Médecine d'un professeur d'épidémiologie et de médecine sociale chargé d'organiser le service de médecine sociale et de créer un centre universitaire de formation dans cette branche. (Ce projet est actuellement fusionné avec le projet Afghanistan 13.)	—
Afghanistan 6 AT	**Enquête sur la santé publique** (nov. 1951 -) Conseils au Gouvernement en vue d'une étude de l'état actuel des services médicaux et de santé publique ; développement de l'enseignement et de la formation professionnelle ; amélioration des services de la santé publique et coordination de divers programmes dans ce domaine	—
Afghanistan 10 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (oct. 1951 -) Formation d'infirmières (soins généraux) et de sages-femmes, avec enseignement des soins à domicile ; assistance pour l'organisation de services de pédiatrie et d'obstétrique	FISE
Afghanistan 11 B	**Lutte antipaludique** (mars 1952 -) Assistance technique en vue d'une extension méthodique de la lutte antipaludique ; formation de personnel local. L'équipe antipaludique collabore, durant la saison de transmission, à la lutte contre le typhus.	—
Afghanistan 12 B	**Santé publique et assainissement, Kaboul** (déc. 1951 -) Lutte contre le typhus durant la saison	—
Afghanistan 13 B	**Envoi de personnel enseignant à la Faculté de Médecine de l'Université de Kaboul** (sept. 1953 -) En vue d'aider à organiser des services de la Faculté et de former du personnel national	—
Afghanistan 14 B	* **Etude des méthodes de préparation des vaccins et sérums** (sept. 1953) Un expert-conseil a été chargé d'étudier les méthodes actuelles de préparation des vaccins et de proposer les améliorations nécessaires, notamment pour la production de sérums antidiphtérique et antitétanique en Afghanistan.	—
Birmanie 2 AT	**Lutte antipaludique** (oct. 1951 -) Programme de démonstrations et de formation professionnelle	—
Birmanie 3 AT FISE	**Lutte antituberculeuse** (juillet 1951 -) Création d'un dispensaire antituberculeux en collaboration avec l'hôpital de tuberculeux de Rangoon ; des dispensaires locaux seront créés ultérieurement, ainsi qu'un laboratoire d'analyses médicales.	FISE
Birmanie 4 AT FISE	**Lutte antivénérienne** (oct. 1950 -) Programme national de lutte antivénérienne. (Ne forme qu'un seul projet avec Birmanie 6.)	FISE
Birmanie 6 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (déc. 1951 -) Démonstration, formation professionnelle et création de centres sanitaires ; cours généraux pour les infirmières de l'Hôpital général de Rangoon, et pour les élèves infirmières (soins généraux) et les élèves sages-femmes à Mandalay ; assistance pour la formation d'infirmières de la santé publique et d'infirmières visiteuses. (Ne forme qu'un seul projet avec Birmanie 4.)	FISE
Birmanie 7 B	**Ecole d'infirmières, Rangoon** (mars 1953 -) Envoi d'une infirmière monitrice (obstétrique) pour le Dufferin Hospital et pour l'école de sages-femmes	—
Birmanie 11 FISE	**Campagne de vaccination de masse par le BCG** (nov. 1951 -)	FISE
Birmanie 17 B	* **Lutte contre la lèpre** (août 1952 - déc. 1953) Développement de la clinique centrale de Rangoon : formation de spécialistes de la lèpre pour les services nationaux	—

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Birmanie 24 AT	* **Mission d'enquête sur les services sociaux** (oct. 1952 - avril 1953) Un représentant de l'OMS a collaboré avec la mission d'enquête sur les services sociaux envoyée par l'Organisation des Nations Unies en Birmanie et il a formulé des recommandations, incorporées au rapport de la mission, en vue de l'amélioration des services sanitaires du pays. Le rapport contient une analyse des problèmes que pose l'adaptation de principes généraux à la situation particulière de la Birmanie et insiste sur la création de centres ruraux de santé.	AAT OIT UNESCO
Birmanie 27 B	* **Salubrité des denrées alimentaires** (juillet 1953) Envoi d'un expert-conseil à court terme chargé de donner au Gouvernement des avis sur les méthodes modernes de contrôle des denrées alimentaires, sur la réglementation du commerce de ces produits et sur d'autres questions se rapportant à la consommation des denrées alimentaires	FAO
Birmanie 29 B	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (nov. 1953 -) Organisation d'un cours d'entretien de trois mois sur les soins infirmiers de pédiatrie	—
Ceylan 2 AT	**Education sanitaire** (mars 1952 -) Un éducateur sanitaire a été chargé de collaborer au projet d'éducation de base de l'UNESCO.	UNESCO
Ceylan 4 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (avril 1951 -) Centres de démonstration et de formation professionnelle, Colombo et Kalutara : assistance au Gouvernement pour la coordination des services préventifs et curatifs de pédiatrie et pour l'organisation de l'enseignement de la pédiatrie préventive ; aide pour la formation de base en matière de soins infirmiers d'obstétrique et de pédiatrie	FISE
Ceylan 5 B	* **Lutte antivénérienne** (juillet 1951 - déc. 1953) Assistance pour l'élaboration d'un programme approprié de lutte antivénérienne et pour la création d'un centre de formation professionnelle	—
Ceylan 8 B	**Formation d'infirmières, Colombo** (oct. 1951 -) Assistance pour l'enseignement des soins infirmiers à l'école d'infirmières	—
Ceylan 9 AT FISE	**Lutte contre les maladies transmises par les insectes, Kurunegala** (nov. 1951 -) Amélioration de l'enseignement au centre de formation pour la lutte contre les maladies transmises par les insectes, Kurunegala	FISE
Ceylan 10 AT FISE	**Lutte antituberculeuse, Colombo** (juillet 1951 -) Etablissement d'un centre de démonstration et de formation professionnelle pour la lutte antituberculeuse	FISE
Ceylan 15 AT	**Formation d'infirmières, Kandy** (fév. 1952 -) Assistance pour l'organisation d'une nouvelle école d'infirmières	—
Ceylan 18 AT	* **Diététicien hospitalier** (sept. 1951 - juillet 1953) Un spécialiste a été chargé d'organiser et d'améliorer les services de diététique scientifique dans les hôpitaux et autres établissements.	—
Ceylan 22 B	**Expert-conseil en médecine légale** (sept. 1953 -) Un expert-conseil a été chargé de donner au Gouvernement des avis sur l'amélioration des services de médecine légale et sur la formation de médecins légistes.	—
Ceylan 23 B	**Organisation des dépôts de fournitures médicales** (nov. 1952 -) Etude du système actuel et assistance en vue de sa réorganisation ; formation de personnel local	—
Ceylan 24 AT	* **Salubrité des denrées alimentaires** (avril - juin 1953) Un expert-conseil a été chargé de donner des avis sur la législation régissant le contrôle des denrées alimentaires d'origine animale, ainsi que sur les méthodes modernes d'abattage et sur les maladies humaines d'origine alimentaire.	—
Ceylan 25 AT FISE	**Lutte antituberculeuse, Galle** (juillet 1951 -) Etablissement d'un centre de démonstration et de formation professionnelle pour la lutte antituberculeuse	FISE
Ceylan 33 B	* **Enquête sur la production de matériel audio-visuel d'enseignement** (nov. - déc. 1953)	—
Inde 2 B FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance, Calcutta** (juin 1953 -) Assistance au service de protection maternelle et infantile de l'All-India Institute of Hygiene and Public Health, Calcutta	FISE

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Inde 7 & 8 B FISE	* **Hygiène de la maternité et de l'enfance, Najafgarh** (janv. 1950 - déc. 1953) Démonstrations dans une région rurale en ce qui concerne plus particulièrement les programmes de formation professionnelle	FISE
Inde 10 AT FISE	* **Paludisme et production alimentaire, Teraï et Bhahar** (mai 1951 - mai 1953) Premier projet de démonstrations de l'OMS. Les travaux entrepris précédemment s'étaient heurtés à des difficultés par suite d'une connaissance insuffisante des conditions locales, mais ils ont néanmoins permis de recueillir beaucoup de renseignements utiles. La transmission du paludisme a été enrayée dans les régions ayant fait l'objet de pulvérisations pendant deux années consécutives ; dans d'autres, elle est devenue négligeable. La mise à exécution des projets de colonisation de la région établis par le Gouvernement était subordonnée au succès de cette campagne. Dans le Teraï, la population a augmenté de 70% entre 1948 et 1951, et les superficies cultivées ont plus que quadruplé. Quant à la production alimentaire, elle a doublé depuis 1949. Il existe dans ce territoire plusieurs fermes coopératives pourvues d'un équipement moderne, des fabriques récemment construites, quelques routes nouvelles, une station d'énergie hydro-électrique, et le commerce s'est considérablement accru dans les villes avoisinantes. Le Gouvernement de l'Uttar Pradesh poursuit cette action et l'a étendue à 24 districts de l'Etat, malgré les difficultés de recrutement d'un personnel possédant la formation nécessaire.	AAT FISE FAO
Inde 11 AT FISE	* **Lutte antituberculeuse, Patna** (sept. 1952 - déc. 1953) Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose au centre d'enseignement et de formation professionnelle	FISE
Inde 12 FISE	* **Lutte antituberculeuse, Trivandrum** (mai 1951 - mars 1953) Projet de démonstrations portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose au centre d'enseignement et de formation professionnelle ; coordination avec le programme national de santé publique	FISE
Inde 15 FISE	**Lutte antivénérienne** (sept. 1951 -) Fourniture de matériel aux équipes opérant sur place ; production et distribution de cardiolipine	FISE
Inde 17 AT FISE	* **Fabrique d'antibiotiques** (Transférée le 1er juillet 1953 à l'Administration de l'Assistance technique)	AAT FISE
Inde 19 B	**Formation d'infirmières, Calcutta** (juin 1952 -) Assistance en vue du développement de l'école d'infirmières à l'hôpital de l'Ecole de Médecine de Calcutta ; cette école assurera également l'enseignement des soins infirmiers d'obstétrique et de pédiatrie.	—
Inde 24 AT FISE	**Lutte contre le pian, Madras, Hyderabad et Madhya Pradesh** (nov. 1952 -) Le projet pilote entrepris dans le Madhya Pradesh sera étendu ultérieurement à d'autres Etats, en vue d'améliorer la santé des tribus de la région et de réduire l'incapacité de travail due au pian.	FISE
Inde 25 B	* **Lutte antivénérienne, Madras** (juillet 1952 - déc. 1953) Assistance pour la création, à l'Hôpital général de Madras, d'un service antivénérien destiné à servir de centre de formation professionnelle et répondant aux exigences les plus modernes	—
Inde 26 AT	**Ecole de Médecine, Trivandrum** (août 1952 -) Envoi d'un spécialiste chargé d'assurer la direction de cet établissement	—
Inde 27 AT FISE	* **Fabrique de DDT** (Transférée le 1er juillet 1953 à l'Administration de l'Assistance technique)	AAT FISE
Inde 28 FISE	**Vaccination par le BCG, Delhi** (juillet 1951 -) Continuation de la campagne entreprise dans l'Etat de Delhi et extension des opérations à 19 autres Etats de l'Inde : intégration du service de vaccination par le BCG dans les programmes généraux de prophylaxie et de lutte antituberculeuses.	FISE
Inde 29 AT	**Pharmacologie, Calcutta** (nov. 1952 -) Formation de pharmacologues chargés d'enseigner et de poursuivre des recherches à l'Ecole de Médecine tropicale de Calcutta et organisation d'un centre d'enseignement et de recherches rattaché à cet établissement	—
Inde 30 AT	**Etudes pilotes sur la procréation dirigée** (mai 1952 -) Conseils en vue d'une enquête et d'études expérimentales	ONU

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Inde 31 B	**Lutte contre la peste, Uttar Pradesh** (oct. 1952 -) Extension du système d'enquêtes actuel, étude des méthodes pratiquées, opérations dans des régions choisies et formation de personnel local	—
Inde 34 B	**Hygiène industrielle, Calcutta** (sept. 1952 -) Un professeur d'hygiène physiologique et industrielle a été chargé d'organiser la section d'hygiène industrielle et physiologique à l'All-India Institute of Hygiene and Public Health de Calcutta ; collaboration avec la section d'hygiène industrielle de l'Indian Council of Medical Research.	—
Inde 40 B	**Formation d'infirmières, Bombay** (sept. 1953 -) Assistance pour le programme d'enseignement et de formation professionnelle du J. J. Hospital, y compris la formation de sages-femmes	—
Inde 41 AT	**Création d'une école de physiothérapie à Bombay** (oct. 1952 -) Envoi de spécialistes de la physiothérapie et octroi des fournitures nécessaires	—
Inde 44 B	* **Service d'infirmières pédiatriques, Madras** (nov. 1952 - déc. 1953) Amélioration des soins infirmiers et des moyens d'enseignement dans le service de pédiatrie de l'Hôpital général de Madras	—
Inde 46 B	* **Mission d'enseignement médical** (fév. - mars 1953) Une mission de 14 professeurs de réputation internationale, représentant le même nombre de spécialités dans le domaine des sciences fondamentales, des sciences cliniques et de la santé publique, a séjourné deux mois dans l'Inde (principalement à Madras et à Bombay) ; elle a donné des conférences, procédé à des démonstrations et organisé des colloques, à l'intention des médecins diplômés et parfois des étudiants, ainsi que des échanges d'information sur les progrès scientifiques les plus récents dans toutes les spécialités en question. La présence de la mission a été mise à profit pour organiser une conférence de deux jours sur l'enseignement de la médecine, à laquelle ont participé les représentants de 18 facultés de médecine de l'Inde.	Unitarian Services Committee
Inde 47 AT	* **Salubrité des denrées alimentaires** (mars - avril 1953) Un expert-conseil a été chargé de donner des avis sur la législation régissant le contrôle des denrées alimentaires d'origine animale, ainsi que sur les méthodes modernes d'abattage et les maladies humaines d'origine alimentaire.	—
Inde 52 B	**Professeur de pharmacologie, Bombay** (fév. 1953 -) Ce professeur a été mis à la disposition de l'Ecole de Médecine Seth G. S.	—
Inde 58 B	* **Cours d'entretien pour infirmières** (sept. - déc. 1953) Trois cours d'une durée de 3 mois chacun	—
Inde 66 B	* **Colloque pour agents des services des eaux, New Delhi** (déc. 1953) §	—
Inde 67 B	* **Enquête sur la production de matériel audio-visuel d'enseignement** (nov. - déc. 1953)	—
Indonésie 1 AT FISE	**Lutte contre les tréponématoses** (juin 1950 -) Organisation d'une campagne nationale : renforcement des laboratoires ; aide dans le domaine de la biostatistique	FISE
Indonésie 2 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (janv. 1952 -) Amélioration et développement des services de protection infantile et création de centres d'hygiène de la maternité et de l'enfance	FISE
Indonésie 4 AT	**Lutte antipaludique, Tjilatjap** (sept. 1951 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle : formation du personnel national appelé à assurer la continuation des travaux dans deux ou trois ans	—
Indonésie 5 AT	**Nutritionniste, Djakarta** (janv. 1952 -) Envoi d'un médecin nutritionniste et d'un biochimiste, chargés de conseiller et d'aider le Gouvernement en vue de l'élaboration de programmes efficaces en matière d'enseignement de la nutrition et du renforcement de l'Institut de la Nutrition de Djakarta	FAO
Indonésie 8 AT FISE	**Lutte antituberculeuse** (sept. 1952 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle de Bandoeng, et campagne de vaccination de masse par le BCG	FISE

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Indonésie 11 B	* **Mission d'enseignement médical** (mars - avril 1953) Une mission de 12 professeurs de réputation internationale, représentant le même nombre de spécialités dans le domaine des sciences fondamentales, des sciences cliniques et de la santé publique, a séjourné deux mois en Indonésie (principalement à Djakarta, Sourabaya et Djokjakarta) ; elle a donné des conférences, procédé à des démonstrations, et organisé des colloques et des échanges d'informations sur les progrès scientifiques les plus récents dans toutes les spécialités en question. La présence de la mission a été mise à profit pour organiser à Djakarta une conférence de deux jours sur l'enseignement de la médecine. Le Ministère indonésien de la Santé publique prépare actuellement la publication d'un volume exposant les activités scientifiques de la mission.	Unitarian Services Committee
Indonésie 13 B	**Université de Gadjah Mada** (sept. 1953 -) Envoi de personnel enseignant	UNESCO
Indonésie 14 AT	* **Assainissement** (juillet - oct. 1953) Un expert-conseil a été chargé d'étudier les conditions sanitaires et les mesures d'assainissement dans les ports et les aéroports ainsi que dans les zones avoisinantes.	—
Thaïlande 2 AT FISE	**Lutte contre les tréponématoses** (oct. 1952 -) Extension des services existants ; équipe de démonstration des méthodes de lutte ; service de diagnostic ; développement des laboratoires	FISE
Thaïlande 6 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance, Bangkok** (sept. 1951 -) Création d'un centre de démonstration et de formation professionnelle à Bangkok et organisation de centres subsidiaires selon les nécessités et les moyens disponibles	FISE
Thaïlande 7 AT FISE	**Lutte antituberculeuse** (oct. 1951 -) Création d'un service antituberculeux et d'un laboratoire d'analyses médicales	FISE
Thaïlande 13 AT FISE	**Centre sanitaire rural** (nov. 1951 -) Amélioration des conditions sanitaires générales, tout particulièrement dans les domaines de l'hygiène de la maternité et de l'enfance et de l'assainissement	FISE
Thaïlande 15 FISE	**Campagne de vaccination de masse par le BCG** (mai 1953 -)	FISE
Thaïlande 16 AT	* **Infirmière-conseil** (janv. 1952 - déc. 1953) Assistance en vue de la création d'une division des soins infirmiers à la Direction de la Santé publique	—
Thaïlande 18 B	* **Enquête sur la lèpre** (sept. 1953 - déc. 1953) Effectuée par un expert-conseil à court-terme	—
Thaïlande 22 B	* **Formation d'infirmières** (août - nov. 1953) Cours d'entretien pour infirmières ; formation d'infirmières-chefs, chargées d'assurer le contrôle et l'administration des services infirmiers dans les régions rurales	—
Thaïlande 23 B	**Expert-conseil pour la production de BCG** (mai 1953 -) En vue de la campagne de vaccination (Thaïlande 15)	—

EUROPE

EURO 5 B	**Commission internationale antivénérienne du Rhin** (1950 -) †	OIT
EURO 6 B	**Assistantes médico-sociales** (1951 -) †	Fondation Rockefeller
EURO 7.2 B	* **Conférence des infirmières de la santé publique, Mont-Pèlerin** s/Vevey (oct. 1953) †	—
EURO 14.8 B	* **Colloque sur les aspects de la santé mentale intéressant la santé publique, Amsterdam** (juillet 1953) †	—
EURO 22.3 B	* **Conférence sur la médecine préventive et la médecine sociale, Göteborg** (juillet 1953) †	—

* Projet terminé

† Pour plus de détails, voir Tableau I, page 87.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
EURO 23 B	* **Symposium sur la lutte contre les insectes, Rome** (oct. 1953) †	Istituto Superiore di Sanità
EURO 25 B	* **Conférence sur l'éducation sanitaire, Londres** (avril 1953) †	—
EURO 27.3 B	* **Chirurgie thoraco-pulmonaire : cours de formation professionnelle** (mai 1953) †	Université de Groningue
EURO 32.2 B	* **Colloque sur la médecine du travail, Milan** (sept. - oct. 1953) †	OIT
EURO 39 B	* **Problèmes relatifs à la période périnatale** (sept. 1953) †	—
EURO 40 B	* **Services d'hygiène scolaire : groupe d'étude** (avril - mai 1953) †	—
EURO 46 B	* **Lutte contre les insectes : cours de formation professionnelle** (juin - juillet 1953) †	Istituto Superiore di Sanità
EURO 52 B	**Anesthésiologie : cours de formation professionnelle** (juin 1953 -) †	Université de Copenhague
EURO 55.1 B	* **Tuberculose : cours de formation professionnelle** (janv. - fév. 1953) †	Centre international de l'Enfance
EURO 55.2 B	* **Réadaptation des enfants physiquement diminués : cours de formation professionnelle** (fév. - mars 1953) †	Centre international de l'Enfance
EURO 55.3 B	* **Pédiatrie sociale : cours de formation professionnelle** (avril - juillet 1953) †	Centre international de l'Enfance
EURO 55.4 B	* **Problèmes relatifs à la période périnatale : cours de formation professionnelle** (oct. - nov. 1953) †	Centre international de l'Enfance
EURO 56 AT	**Tuberculose : cours de formation professionnelle** (nov. 1953 -) †	—
EURO 57 B	* **Médecine du travail : cours de formation professionnelle** (juin 1953) †	British Council
EURO 59 B	**Maladies vénériennes** (1951 -) Continuation des travaux du centre de démonstration et de formation professionnelle dans un port (Rotterdam) en vue de la lutte contre les maladies vénériennes	—
EURO 59 B	* **Lutte contre les maladies vénériennes : cours de formation professionnelle** (sept. - déc. 1953) †	—
EURO 60 B	* **Administration de la santé publique : cours de formation professionnelle** (août - sept. 1953) †	—
EURO 61 B	**Administration de la santé publique** (1950 -) Développement de la zone de démonstration et de formation professionnelle en santé publique rurale de Soissons	Fondation Rockefeller
EURO 62 B	**Anesthésiologie : cours de formation professionnelle** (mai 1953 -) †	Université de Paris
EURO 63 B	**Enquête sur la morbidité** (1951 -) Continuation de l'enquête effectuée au Danemark dans le but de recueillir des données représentant un intérêt international	Fondation Rockefeller
EURO 64 B	**Etude sur la séparation de la mère et de l'enfant** (nov. 1952 -) †	Centre international de l'Enfance

* Projet terminé

† Pour plus de détails, voir Tableau I, page 87.

N° du projet et origine des fonds	Description	Institutions participantes
EURO 65 B	**Assainissement** (juin 1953 -) Etude des termes de génie sanitaire (en anglais et en français), visant à l'établissement d'une terminologie acceptée par tous les pays d'Europe	UNESCO
EURO 66 B	* **Qualité et analyse de l'eau de boisson** (déc. 1953) †	—
EURO 69 B	* **Assistance sociale aux cas individuels (social case work)** (juin - juillet 1953) Conférencier pour le stage d'études de l'Organisation des Nations Unies sur le perfectionnement professionnel, en cours d'emploi, du personnel de service social : application des techniques de travail individualisé, Paris	AAT
EURO 71 B	* **Assistance sociale aux cas individuels (social case work)** (juillet 1953) Conférencier pour le stage d'études de l'Organisation des Nations Unies sur les services mis à la disposition des individus et des familles dans les organismes sociaux publics et privés, Dobbiaco, Italie	AAT
Autriche 4 AT	**Assistance générale en matière de santé publique** (nov. 1952 -) Sous les rubriques : école de santé publique, lutte antituberculeuse, lutte antivénérienne, assainissement, hygiène de la maternité et de l'enfance	—
Autriche 4.5 B FISE	**Réadaptation des enfants physiquement diminués** (1950 -) Renforcement et développement des services existants	FISE
Autriche 4.6 B FISE	**Assistance à la Clinique universitaire de Neuropsychiatrie, Vienne** (1950 -) Fournitures, bourses d'études pour le personnel	FISE
Danemark 8 B	* **Cours nationaux de formation professionnelle** (août - oct. 1953) Assistance pour l'organisation, à Copenhague et à Aarhus, de cours de psychiatrie (cours pour étudiants et cours de perfectionnement)	—
Espagne 1 AT	**Maladies endémo-épidémiques** (1952 -) Envoi de fournitures, attribution de bourses d'études et conseils en vue de l'amélioration et de l'extension du programme national de lutte contre les maladies transmissibles, y compris les zoonoses	—
Finlande 4 AT	**Assistance générale en matière de santé publique** (août 1952 -) Sous les rubriques : lutte antituberculeuse, lutte antivénérienne, lutte contre les maladies transmissibles, administration de la santé publique, assainissement, soins infirmiers, hygiène sociale et médecine du travail, hygiène de la maternité et de l'enfance, enseignement et formation professionnelle	—
France 2 FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (début 1950 -) Renforcement des services de soins aux prématurés	FISE
France 3 FISE	**Réadaptation des enfants physiquement diminués** (début 1950 -) Amélioration des centres, formation de personnel, travaux de recherche	FISE
Grèce 3 B FISE	**Réadaptation des enfants physiquement diminués** (sept. 1952 -) Assistance au centre de réadaptation de Voula	AAT FISE OIT
Grèce 4 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (sept. 1952 -) Assistance aux services d'hygiène de la maternité et de l'enfance de la Thessalie	AAT FISE OIT
Grèce 6 AT	**Assistance générale en matière de santé publique** (mai 1952 -) Sous les rubriques : lutte antituberculeuse, lutte antivénérienne, lutte contre les maladies transmissibles, organisation de bibliothèques médicales, enseignement de la médecine	—
Grèce 10 B	* **Programme de secours d'urgence** (sept. 1953) Pour les victimes des séismes dans les îles ioniennes	—
Grèce 11 B FISE	**Assainissement** (oct. 1953 -) Enquêtes et conseils concernant l'organisation de l'approvisionnement en eau dans 48 villages de la Grèce septentrionale	FISE
Irlande 9 B	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (1951 -) Assistance pour la création d'un centre de guidance infantile à Dublin	—
Italie 5 FISE	**Réadaptation des enfants physiquement diminués** (1951 -) Assistance aux centres de réadaptation des enfants physiquement diminués	FISE

* Projet terminé † Pour plus de détails, voir Tableau I, page 87.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Italie 7 FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (1951 -) Renforcement et développement des services de soins aux prématurés dans des régions choisies et formation de personnel	FISE
Italie 9 B	**Administration de la santé publique** (oct. 1952 -) Assistance pour l'organisation d'une nouvelle école de santé publique, Rome	—
Italie 15 B	**Education sanitaire** (1953 -) Assistance pour un programme de démonstrations dans la province de Pérouse	—
Maroc 1 FISE	**Lutte contre le trachome** (juin 1953 -) Un ophtalmologiste et un ingénieur sanitaire ont été chargés d'aider le Gouvernement à développer et à améliorer ses services de traitement et de prophylaxie.	FISE
Norvège 2 B	**Assistance aux facultés de médecine** (oct. 1952 -) Envoi de documentation médicale	—
Pays-Bas 4 B	**Administration de la santé publique** (oct. 1952 -) Assistance à l'Ecole de Santé publique : envoi de chargés de cours, octroi de fournitures et de matériel d'enseignement et attribution de bourses d'études à des membres du personnel enseignant	—
Tunisie 3 FISE	**Lutte contre le trachome** (août 1953 -) Assistance au Gouvernement pour le développement et l'amélioration des services de traitement et de prophylaxie	FISE
Turquie 6 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (sept. 1952 -) Assistance en vue de la création d'un centre de démonstrations à Ankara, et du développement des services de protection maternelle et infantile dans l'ensemble du pays	FISE
Turquie 7 AT	**Lutte antivénérienne** (mai 1952 -) Assistance au Gouvernement en vue de l'organisation d'une campagne nationale sur la base d'un projet pilote récent	—
Turquie 8 AT	**Ecole d'infirmières, Ankara** (août 1952 -) Assistance pour l'amélioration des soins infirmiers	—
Turquie 11 B	**Lutte contre la lèpre** (juin 1953 -) Assistance en vue de l'élaboration d'un plan national de lutte contre la lèpre	—
Turquie 12 AT	**Administration de la santé publique** (juillet 1952 -) Conseils sur certaines questions générales d'administration de la santé publique, y compris les problèmes d'assainissement	—
Turquie 13 FISE	**Vaccination par le BCG** (déc. 1952 -)	FISE
Turquie 16 B	**Ecole de Santé publique, Ankara** (juillet 1953 -) Envoi de conférenciers pour les cours d'entretien	—
Turquie 22 AT	**Construction d'hôpitaux** (juin 1953 -) Envoi d'un architecte, d'un ingénieur et d'un expert médical pour donner des avis sur l'établissement des plans d'hôpitaux ainsi que sur l'aménagement et l'équipement de ces établissements en prévision de l'exension du système d'assurances du travail	—
Turquie 24 AT	**Statistiques démographiques et sanitaires** (août 1953 -) Assistance au Gouvernement pour le développement de ses services statistiques	ONU OIT
Turquie 25 B	**Réadaptation des personnes physiquement diminuées** (oct. 1953 -) Envoi d'un expert chargé de procéder à une étude préliminaire	—
Yougoslavie 6 FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (1951 -) Renforcement des services de soins aux prématurés par l'octroi de fournitures et de bourses d'études	FISE

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Yougoslavie 7 FISE	**Réadaptation des enfants physiquement diminués** (1951 -) Assistance en vue de la création d'un centre de réadaptation pour enfants physiquement diminués et de l'extension du programme gouvernemental	FISE
Yougoslavie 10 FISE	**Gamma globuline du plasma** (oct. 1952 -) Envoi de fournitures et attribution de bourses d'études en vue d'aider le Gouvernement à accroître la production de gamma globuline	FISE
Yougoslavie 16 AT FISE	**Assistance générale en matière de santé publique** (1953 -) Sous les rubriques : lutte contre les maladies transmissibles, tuberculose, trachome, administration de la santé publique, hygiène de la maternité et de l'enfance	AAT FISE OIT

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

EMRO 5 AT	* **Ecole régionale d'infirmières** (oct. 1953) Projet visant à doter la Région de cadres infirmiers et d'infirmières monitrices	—
EMRO 6 B	* **Colloque sur la santé mentale, Beyrouth** (nov. - déc. 1953) §	—
EMRO 7 B	**Education sanitaire** (mai 1953 -) Un conseiller en santé publique et un éducateur sanitaire ont été affectés au Centre d'éducation de base de l'UNESCO à Sirs el Layan, Egypte.	UNESCO
EMRO 8 B	* **Bilharziose** (avril 1952 - déc. 1953) Essais d'application de nouveaux molluscocides : les essais ont été effectués avec le pentachlorophénate de sodium (santobrite) et le o-cyclohexyldinitrophénol (CHDP) qui s'étaient révélés tous deux efficaces dans des exprériences de laboratoire. Pour les essais d'application, on a choisi deux sections de canaux, fermés par des digues de terre, et on les a traitées avec des solutions et des poudres, à des concentrations allant de 1 à 10 parties pour 1 million. Aux fins de comparaison, des essais ont été faits également avec du sulfate de cuivre à des concentrations identiques. Les deux premiers produits se sont révélés très efficaces à des concentrations de 5 à 10 parties pour 1 million. Les résultats ont été remarquables après le premier jour et ont atteint leur maximum après le troisième jour. Ces deux substances ont été l'une et l'autre plus efficaces que le sulfate de cuivre. On n'a pas trouvé de mollusques vivants à la fin de la période d'essai, c'est-à-dire après trois mois. Les composés chlorés ont tué des poissons de faibles dimensions et des sangsues. Ils sont demeurés sans effet sur les plantes aquatiques et n'ont eu qu'un effet négligeable sur les plantes de culture. Aucune action toxique sur les animaux domestiques n'a été constatée avec les concentrations utilisées. Un rapport détaillé sur ces expériences sera publié prochainement.	—
EMRO 9 B	**Hygiène alimentaire** (juillet 1953 -) Un expert-conseil s'est rendu en Egypte, en Syrie, au Liban et en Irak.	FAO
Arabie Saoudite 1 AT	**Station de quarantaine, Djeddah** (janv. 1953 -) Assistance pour l'agrandissement de la station de quarantaine de Djeddah, qui est destinée aux pèlerins de La Mecque ; conseils sur les méthodes et les techniques bactériologiques	Foreign Operations Administration
Arabie Saoudite 2 AT	**Lutte antivénérienne** (nov. 1952 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	—
Arabie Saoudite 3 B	**Conseiller en santé publique** (juin 1953 -) Chargé de donner des avis pour le renforcement des services sanitaires et de procéder à une enquête et à une étude avant la mise en œuvre des programmes	—
Arabie Saoudite 4 AT	**Lutte antipaludique** (mars 1952 -) Projet de démonstrations et de formation professionnelle	—
Egypte 1 B	* **Démonstration de lutte antivénérienne** (1951 - fév. 1953) Cette démonstration avait pour but de stimuler l'élaboration d'un plan national de lutte antivénérienne ; de former du personnel national ; de standardiser le diagnostic et le traitement ; de favoriser la coopération entre le Gouvernement et les organismes privés et d'encourager les recherches. L'emploi du PAM, introduit et admis dans les principaux établissements égyptiens d'enseignement et de formation professionnelle, a remplacé dans une large mesure la métallothérapie. Des antigènes et des méthodes sérologiques plus récents ont été introduits et acceptés. Les formules et les fiches utilisées par les médecins et dans les laboratoires ont été uniformisées. Un centre d'enseignement et de formation professionnelle a été créé et, grâce au perfectionnement de la technique des enquêtes, on est arrivé à une meilleure évaluation de l'incidence des maladies vénériennes. Du personnel national a été formé et l'éducation sanitaire a été organisée et améliorée. Ces résultats ont encouragé le Gouvernement à élargir le programme national de santé publique.	—

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Egypte 4 AT	* **Mission d'enseignement de la santé publique : assainissement** (mars 1953) Un groupe de 3 experts a visité les services et les institutions s'occupant d'assainissement et a étudié les conditions locales.	—
Egypte 5 AT	**Zone de démonstrations sanitaires, Calioub** (mars 1953 -) Démonstrations concernant l'organisation de services de santé coordonnés de district et formation d'étudiants en médecine, d'infirmières et de techniciens de l'assainissement, égyptiens ou ressortissants d'autres pays de la Région. La zone en question est essentiellement rurale, mais comprend un secteur partiellement industrialisé ; elle compte environ 300.000 habitants.	ONU OIT FAO UNESCO
Egypte 6 B	**Recherches sur le trachome** (déc. 1952 -) Recherches sur le virus, enseignement relatif au trachome et aux affections oculaires apparentées §	—
Egypte 10 AT FISE	**Lutte contre la bilharziose** (nov. 1952 -) Démonstrations de lutte contre la bilharziose par la destruction des mollusques, l'éducation sanitaire, l'assainissement et le traitement des malades	FISE
Egypte 20 AT	**Centre de lutte antituberculeuse** (août 1952 -) Coordination des services antituberculeux existants ; création d'un centre de démonstration et de formation professionnelle, ainsi que d'un laboratoire d'analyses médicales	—
Egypte 22 AT	* **Colloque sur les maladies oculaires, Le Caire** (fév. 1953) §	—
Ethiopie 2 AT	* **Enquête sur la lèpre** (fév. 1952 - janv. 1953) Enquête sur l'incidence de la lèpre, les méthodes actuelles de traitement et les ressources disponibles. L'incidence de la maladie est évaluée à environ 2,4 %. Le rapport résultant de l'enquête contient des recommandations concernant l'adoption des méthodes plus efficaces de lutte contre la maladie, y compris l'amélioration des léproseries, l'assistance sociale et les travaux à confier aux malades dans ces établissements, l'adoption de mesures en faveur des enfants de lépreux, l'éducation sanitaire de la population et l'amélioration des méthodes de traitement.	—
Ethiopie 3 AT	**Conseiller en santé publique** (oct. 1952 -) Assistance pour la création des services essentiels d'une administration de la santé publique adaptée aux besoins du pays	—
Ethiopie 4 AT	**Lutte antivénérienne** (juin 1952 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	—
Ethiopie 8 FISE	**Vaccination par le BCG** (mai 1953 -)	FISE
Irak 1 AT FISE	* **Lutte contre le béjel et la syphilis** (oct. 1952 - déc. 1953) Extension des mesures générales de lutte contre le béjel et la syphilis; création d'un laboratoire, enseignement et formation professionnelle	FISE
Irak 8 FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance, Bagdad** (nov. 1953 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	FISE
Irak 10 FISE	**Vaccination par le BCG** (mai 1952 -) Examen tuberculinique de 800.000 personnes et vaccination des sujets tuberculino-négatifs	FISE
Irak 11 AT FISE	**Lutte antipaludique** (mai 1952 -) Projet pilote de démonstrations; extension ultérieure du projet à d'autres régions impaludées du pays	FISE
Irak 14 B	* **Chargé de cours sur les maladies parasitaires, Bagdad** (déc. 1952 - mai 1953) L'expert-conseil a donné des cours de parasitologie aux étudiants de quatrième année et des cours sur les maladies tropicales aux étudiants de dernière année ; il a apporté des améliorations aux méthodes et au matériel d'enseignement et créé un musée de parasitologie et de médecine tropicale. Un nouveau service de médecine tropicale a été institué à l'hôpital et des travaux de recherche ont été mis en train. Le rapport contient des suggestions concernant l'amélioration de l'enseignement, notamment par la création de cours pour médecins en Egypte et ailleurs, par l'envoi d'étudiants au Caire, et par l'organisation de conférences régionales groupant des professeurs de parasitologie et des maladies tropicales.	—
Irak 19 B	**Enquête sur l'ankylostomiase** (oct. 1953 -) Enquête sur la fréquence de l'ankylostomiase et recommandations pour la lutte contre cette maladie	—

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Iran 1 B	**Lutte antipaludique** (fév. 1950 -) Conseils sur la création et l'aménagement d'un service antipaludique national	—
Iran 2 AT	**Maladies transmises par les insectes** (sept. 1953 -) Lutte contre ces maladies dans la région de Hamadan, notamment par l'amélioration des conditions de salubrité, et collaboration avec le service antipaludique national	—
Iran 4 AT	**Lutte antivénérienne** (oct. 1953 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle, Téhéran	—
Iran 5 AT	**Administration de la santé publique** (oct. 1951 -) Des conseillers en santé publique, en soins infirmiers et en assainissement ont été chargés de donner des avis sur l'organisation des services de santé publique.	—
Iran 6 B	* **Lutte contre le trachome** (mars 1953) Enquête sur cette maladie et sur les moyens de lutte disponibles en Iran ; conseils en vue de la prévention de la maladie par la destruction des mouches et par l'amélioration des conditions de salubrité ; conseils sur les méthodes modernes de diagnostic et de traitement, sur un programme de recherches concernant l'épidémiologie et l'étiologie d'autres ophtalmies, sur l'organition d'une campagne contre le trachome dans les régions rurales	—
Iran 8 AT	**Formation d'infirmières** (nov. 1952 -) Développement de l'Ecole d'infirmières Ashraf à Téhéran	—
Iran 11 FISE	**Vaccination par le BCG** (mai 1952 -) Organisation d'une campagne de vaccination par le BCG	FISE
Israël 7 AT	**Soins infirmiers de santé publique** (janv. 1952 -) * Première étape terminée en août 1953 Enquête sur les soins infirmiers (janv. - fév. 1952), suivie d'une aide pour la création d'une école d'infirmières à l'Hôpital de Sarafand	—
Israël 8 B FISE	**Réadaptation des enfants physiquement diminués** (oct. 1953) Création d'un centre de réadaptation pour l'enseignement concret de la physiothérapie moderne et d'une école nationale de physiothérapie	FISE
Israël 16 B	**Zoonoses** (août 1952 -) Conseils sur les problèmes que posent la tuberculose bovine, la brucellose, la rage, etc. ; élaboration d'un programme d'action vétérinaire dans l'intérêt de la santé publique	—
Jordanie 8 FISE	**Campagne de vaccination par le BCG** (oct. 1953 -)	FISE
Jordanie 9 B FISE	**Laboratoire de la santé publique, Jérusalem** (juillet 1952 -) Deux experts ont été transférés de l'UNRWAPRNE au laboratoire de la santé publique de Jérusalem ; formation de techniciens et assistance pour la production de vaccins	FISE
Liban 6 AT FISE	**Centre d'hygiène de la maternité et de l'enfance, Beyrouth** (août 1952 -) Conseils et assistance pour la création d'un centre de démonstration et de formation professionnelle en hygiène de la maternité et de l'enfance	FISE
Liban 7 AT	* **Lutte antipaludique** (août 1951 - déc. 1953) Démonstrations de lutte contre le paludisme et assistance pour l'organisation d'une équipe pour les démonstrations et la formation professionnelle	—
Liban 9 AT	* **Administration de la santé publique** (sept. 1951 - août 1953) Conseils au Gouvernement concernant l'organisation du service de santé publique et la formation du personnel local	—
Liban 12 B	* **Chargé de cours en médecine préventive, Université française de Beyrouth** (fév. 1952 - fév. 1953) L'intérêt de ce projet ne pourra être exactement apprécié que lorsque les étudiants ayant suivi les cours entreront en fonctions dans les services de santé. Les résultats acquis jusqu'ici sont la création d'une chaire de médecine préventive, l'établissement d'une zone de formation pratique au sein d'une collectivité rurale, et un renouveau d'intérêt pour la médecine préventive et les problèmes d'hygiène sociale.	—
Liban 15 B	* **Expert-conseil en médecine légale** (sept. 1953) Conseils au Gouvernement sur l'organisation et l'administration des services de médecine légale et sur la formation d'étudiants et de médecins en ce domaine	—

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Libye 1 AT	* **Administration de la santé publique : Enquête sur les services infirmiers** (juin 1953) Le rapport décrit l'organisation, la qualité et le statut des services infirmiers en Libye ; il contient des recommandations en vue de l'amélioration de ces services, notamment au moyen d'un programme de démonstrations à l'hôpital gouvernemental de Tripoli et à l'hôpital de Barce en Cyrénaïque.	ONU
Libye 4 B	**Education sanitaire** (juin 1953 -) Amélioration de la santé des particuliers et des collectivités par l'éducation sanitaire	AAT OIT UNESCO
Libye 5 B FISE	**Vaccination par le BCG** (janv. 1953 -) Vaccination de la population sédentaire de la Tripolitaine, du Fezzan et de la Cyrénaïque	FISE
Pakistan 2 AT FISE	**Lutte antituberculeuse, Karachi** (fev. 1951 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	FISE
Pakistan 3 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance, Peshawar** (avril 1952 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	FISE
Pakistan 5 AT	**Lutte contre le choléra** (août 1952 -) Assistance pour l'organisation de la lutte contre le choléra dans la région du delta du Bengale oriental	—
Pakistan 7 AT	**Lutte antivénérienne, Karachi** (nov. 1952 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	—
Pakistan 10 FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance, Dacca** (juin 1953 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	FISE
Pakistan 12 AT FISE	**Lutte antituberculeuse, Dacca** (mai 1953 -) Centre de démonstration et de formation professionnelle	FISE
Pakistan 13 FISE	**Vaccination par le BCG** (oct. 1951 -) Continuation des travaux de la Campagne internationale contre la Tuberculose	FISE
Pakistan 18 AT FISE	* **Centre de protection maternelle et infantile, Lahore** (janv. 1951 - juin 1953) Une équipe internationale de 6 membres a travaillé à Lahore de janvier 1951 à la fin de juin 1953, principalement en vue d'assurer la formation d'infirmières visiteuses et de créer la première école centrale de formation préparatoire pour cette profession. La fréquentation des dispensaires et le pourcentage de la population actuellement desservie attestent la popularité croissante de ces services ; 244 élèves ont passé par l'école de formation professionnelle. Il existe actuellement, tant dans cette école que dans les écoles de sages-femmes et dans le service d'accouchements à domicile, des infirmières pakistanaises capables d'assumer la responsabilité du travail et de donner un enseignement satisfaisant du niveau requis.	FISE
Pakistan 19 AT FISE	**Formation d'infirmières, Dacca** (sept. 1952 -) Assistance à l'Ecole d'infirmières	FISE
Pakistan 20 B	**Ecole de Médecine, Karachi** (mars 1952 -) Des professeurs de physiologie et de pathologie ont été chargés d'enseigner ces disciplines à l'Ecole de Médecine de Karachi, d'organiser la formation pratique des étudiants, de donner des avis et de former le personnel placé sous leurs ordres.	—
Pakistan 21 B	**Soins infirmiers** (juillet 1953 -) Un conseiller a été chargé de collaborer avec le Gouvernement au développement des services et de l'enseignement infirmiers.	—
Soudan 3 FISE	**Campagne de vaccination par le BCG** (nov. 1953 -)	FISE
Syrie 2 AT FISE	**Lutte antipaludique** (oct. 1952 -) Démonstration à Homs	FISE

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Syrie 3	**Campagne contre le béjel et la syphilis, Deir-ez-Zor** (nov. 1953 -)	FISE
AT FISE	Campagne contre le béjel et la syphilis dans le nord de la Syrie ; formation de personnel et conseils donnés au Gouvernement, sur sa demande	
Syrie 4	**Lutte contre la bilharziose et le paludisme, zone de Djézireh** (nov. 1953 -)	FAO
B	Démonstration et application des méthodes de lutte et éducation sanitaire de la population locale	
Syrie 5	**Hygiène de la maternité et de l'enfance, Damas** (sept. 1952 -)	FISE
AT FISE	Projet de démonstration et de formation professionnelle, en vue d'aider le Gouvernement à développer et à étendre les services d'hygiène de la maternité et de l'enfance	
Syrie 6	* **Formation d'infirmières, Damas** (août 1953)	—
AT	Conseils concernant la formation des infirmières à l'Université de Damas	
Syrie 10	**Lutte antituberculeuse, Damas** (mai 1952 -)	—
B	Création d'un centre de démonstration	

PACIFIQUE OCCIDENTAL

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
WPRO 8	* **Colloque régional sur la santé mentale de l'enfant, Sydney** (août 1953) §	—
B		
WPRO 10	* **Enquête sur le trachome** (août 1952 - fév. 1953)	—
B	Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu dans 10 pays de la Région pour y étudier l'incidence du trachome et ses caractéristiques cliniques et épidémiologiques, ainsi que pour discuter avec les autorités et les ophtalmologistes locaux de plans d'action future. Les enquêtes effectuées ont confirmé que le trachome présente une grande importance sociale dans ces pays et qu'il faut tenir les ophtalmologistes locaux au courant des travaux les plus récents sur la pathologie et le traitement de cette maladie. Ces enquêtes ont permis de recueillir de nombreuses données épidémiologiques nouvelles, de faciliter la formation spéciale du personnel local et d'établir des plans pour l'avenir, dont certains sont déjà en voie d'exécution. Les résultats obtenus jusqu'ici sont encourageants. Il ressort notamment d'une enquête effectuée dans 2 écoles de Taïwan qu'après 2 mois de traitement il y a eu en moyenne 46% de guérisons et 46% d'améliorations.	
Brunéi 1	**Ecole d'infirmières, Brunéi** (janv. 1950 -)	—
AT	Assistance et conseils au Gouvernement pour la formation d'infirmières auxiliaires ; organisation d'un enseignement de perfectionnement pour les infirmières déjà en fonctions ; aide pour l'appréciation des programmes de formation professionnelle, compte tenu des besoins et des ressources du pays	
Brunéi 2	* **Vaccination par le BCG** (fév. - avril 1953)	FISE
FISE	On a entrepris une campagne de vaccination par le BCG comportant une assistance internationale. Sur une population totale de près de 41.000 habitants (d'après le recensement de 1947), plus de 26.000 personnes ont été testées à la tuberculine : environ 10.000 d'entre elles ont réagi négativement et un nombre à peu près égal ont été vaccinées. Un personnel local, formé entre-temps, assure la continuation des travaux selon les principes recommandés dans le rapport. Les enfants en bas âge continueront à être vaccinés régulièrement lorsque la campagne de masse aura pris fin.	
Brunéi 3	**Projet pilote de lutte contre le paludisme et les insectes** (oct. 1953 -)	—
AT	Extension du projet de lutte contre le paludisme à Sarawak (Sarawak 5)	
Cambodge 1	**Lutte contre le paludisme et les insectes** (août 1951 - mars 1953)	—
	* Première étape (démonstrations) terminée en mars 1953	
AT	Démonstrations dans une région d'environ 1.022 km² comptant quelque 20.000 habitants. Les pulvérisations ont été pratiquées deux fois par an à raison de 2 g par m². Il ressort des enquêtes effectuées avant et après les opérations que l'indice splénique est tombé chez les enfants de 57,4% à 25,2% et que l'indice parasitaire des nourrissons a baissé de 31,1% à 16,4%. Le territoire choisi pour servir de zone-témoin ayant été envahi par les rebelles, il n'a pas été possible de faire des comparaisons. Faute d'un personnel possédant la formation nécessaire, aucune enquête entomologique n'a été effectuée au Cambodge. Pour des raisons de sécurité, il a fallu limiter la population visée et on a dû subdiviser la zone de démonstrations en quatre secteurs. Le projet a été repris en août 1953 et l'on espère que l'amélioration de la situation permettra de l'élargir encore.	

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Cambodge 2 B	**Administrateur de la santé publique** (nov. 1953 -) Assistance au Gouvernement pour la coordination de ses programmes sanitaires ; enquête sur les conditions sanitaires ; conseils et assistance pour la mise au point de programmes à long terme ; coordination des activités des organisations internationales et collaboration avec l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées	—
Cambodge 3 B	**Ecole d'infirmières, Pnom-penh** (déc. 1951 -) Création d'une école d'infirmières, la première à être organisée dans le pays	—
Cambodge 4 AT	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (janv. 1952 -) Programme d'enseignement et de démonstrations ; conseils concernant l'amélioration et l'extension des services	—
Cambodge 5 B	**Ecole d'officiers de santé** (juillet 1953 -) Assurant une formation abrégée en médecine	—
Cambodge 6 et 7 FISE	**Vaccination par le BCG** (nov. 1953 -)	FISE
Chine 1 AT FISE	**Lutte antivénérienne, Taïwan** (août 1953 -) Projet de démonstrations commencé dans la région de Taïpeh ; il sera étendu ultérieurement aux autres territoires de Taïwan.	FISE
Chine 2 FISE	* **Projet pilote de lutte contre le trachome, Taïwan** (sept. 1952 - mars 1953) Enquête sur l'incidence du trachome dans les écoles de Taïwan et sur les types d'infection ; traitement par différentes méthodes avec essais de médicaments récents. On se propose de créer un centre de lutte contre le trachome et d'uniformiser les méthodes employées à cet effet.	FISE
Chine 3 AT FISE	**Hygiène de la maternité et de l'enfance, Taïwan** (juillet 1952 -) Organisation de services efficaces d'hygiène de la maternité et de l'enfance dans le territoire de Taïwan ; formation de personnel local ; éducation sanitaire	FISE
Chine 6 AT	**Soins infirmiers, Taïwan** (mai 1952 -) Assistance au Gouvernement en vue d'améliorer l'enseignement infirmier et les services infirmiers à Taïwan	—
Chine 7 AT	**Projet de lutte contre le paludisme et les insectes, Taïwan** (mai 1952 -) Assistance au Gouvernement pour combattre, à Taïwan, le paludisme et d'autres maladies transmises par les insectes	—
Chine 10 FISE	**Vaccination par le BCG, Taïwan** (avril 1951 -) Extension du programme : épreuves tuberculiniques sur les habitants des catégories d'âge jusqu'à 20 ans (environ 3.700.000 personnes) ; vaccination des sujets à réaction négative et traitement du plus grand nombre possible de personnes infectées ; assistance aux autorités sanitaires	FISE
Corée 5 B	**Administration de la santé publique** (août 1953 -) Assistance au Gouvernement pour la création d'une administration sanitaire efficace ; unité nationale modèle de santé ; laboratoire vaccinogène ; projet pilote de lutte contre la tuberculose ; aide pour la vaccination par le BCG.	—
Hong-kong 3 FISE	**Vaccination antidiphtérique** (août 1952 -) Avis techniques et directives donnés par l'OMS	FISE
Hong-kong 4 AT	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (avril 1953 -) Formation de pédiatres, d'infirmières de la santé publique et d'infirmières pédiatriques	—
Japon 1 B	**Réadaptation des enfants infirmes** (nov. 1952 -) Un expert-conseil à court terme a été envoyé auprès du Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale pour donner des avis sur l'organisation de services destinés aux enfants infirmes (et notamment aux enfants atteints de poliomyélite). Examen des candidats désireux de recevoir une formation dans ce domaine et conseils concernant le matériel nécessaire	—
Japon 2 B	**Hygiène de la maternité et de l'enfance** (mars 1953 -) Un expert-conseil à court terme a été envoyé auprès du Gouvernement pour collaborer à une enquête sur les causes de la prématurité et l'ampleur du problème, pour étudier les ressources existantes et pour donner des avis concernant le développement des services pour prématurés	—

* Projet terminé

N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Japon 4 B	**Santé mentale** (juin 1953 -) Assistance pour l'étude de l'état actuel des services de santé mentale au Japon, pour le développement de l'Institut national de Santé mentale et pour le choix de candidats devant bénéficier de bourses d'études de l'OMS dans cette branche	—
Laos 2 AT	**Lutte contre les maladies vénériennes et les tréponématoses** (déc. 1952 -) Projet pilote en vue d'une campagne de masse	—
Malaisie 1 AT	**Formation d'infirmières, Penang et Kuala Lumpur** (juin 1950 -) Assistance au Gouvernement pour l'amélioration des soins infirmiers et de l'enseignement infirmier	—
Nord-Bornéo 6 AT	**Formation d'infirmières** (1950 -) Organisation d'une école d'infirmières à Jesselton et cours pour sages-femmes. Développement de l'enseignement post-universitaire (continuation du projet Nord-Bornéo 1)	—
Philippines 1 FISE	**Lutte contre les tréponématoses** (août 1951 -) Démonstrations de lutte contre le pian dans 9 provinces	FISE
Philippines 2 FISE	**Vaccination de masse par le BCG** (fin 1951 -)	FISE
Philippines 4 B	**Centre de guidance infantile** (nov. 1952 -) Envoi d'un expert-conseil en santé mentale	—
Philippines 9 AT	**Projet pilote de lutte contre la bilharziose** (oct. 1952 -) Entrepris à Leyte	—
Philippines 12 AT	**Assistance à l'Université des Philippines** (sept. 1953 -	Fondation Rockefeller
Philippines 14 AT	**Projet pilote de lutte antipaludique, Pinamalayan** (fév. 1952 -) Collaboration avec le Gouvernement dans la recherche des moyens permettant de combattre le paludisme avec le maximum d'efficacité et le minimum de frais	—
Philippines 22 AT	* **Conférence des pays du Pacifique sur la tuberculose, Manille** (avril 1953) §	AAT Ligue antituberculeuse des Philippines
Sarawak 4 FISE	* **Vaccination de masse par le BCG** (juillet 1952 - avril 1953) On ne possède que peu d'informations sur l'incidence de la tuberculose dans ce territoire, mais les épreuves tuberculiniques pratiquées par les équipes BCG ont confirmé que cette maladie est, comme on le présumait, très répandue, notamment dans les zones urbaines. Au cours de la campagne de masse, plus de 116.000 personnes, sur une population évaluée à quelque 600.000 habitants, ont été soumises à des tests, et près de 95.000 se sont prêtées à toute la série d'épreuves ; plus de 40.000 personnes ont accusé une réaction négative et près de 41.000 ont été vaccinées. Le Gouvernement a demandé au FISE des fournitures et du matériel pour poursuivre la campagne. Il n'a pas été aisé de trouver sur place du personnel apte à recevoir la formation nécessaire, et il est très difficile d'atteindre tous les éléments de la population. Les équipes du BCG ont collaboré au projet FISE/OMS de lutte contre le pian (Sarawak 10).	FISE
Sarawak 5 AT	**Projet pilote de lutte contre le paludisme et les insectes** (juillet 1952 -) Ce projet pilote élargi est devenu le projet Brunéi 3.	—
Sarawak 6 AT	* **Education sanitaire** (nov. 1952 - juin 1953) Conseils concernant la formation d'éducateurs sanitaires ; formation d'éducateurs sanitaires ; élaboration d'un programme d'études à leur intention ; organisation d'une exposition permanente de la santé ainsi que d'une zone de démonstrations en plein air	—
Sarawak 10 FISE	* **Lutte contre les tréponématoses** (fév. - avril 1953) L'équipe BCG (Sarawak 4) a collaboré également à ce projet.	FISE

* Projet terminé

§ Pour plus de détails, voir annexe 5, page 164.

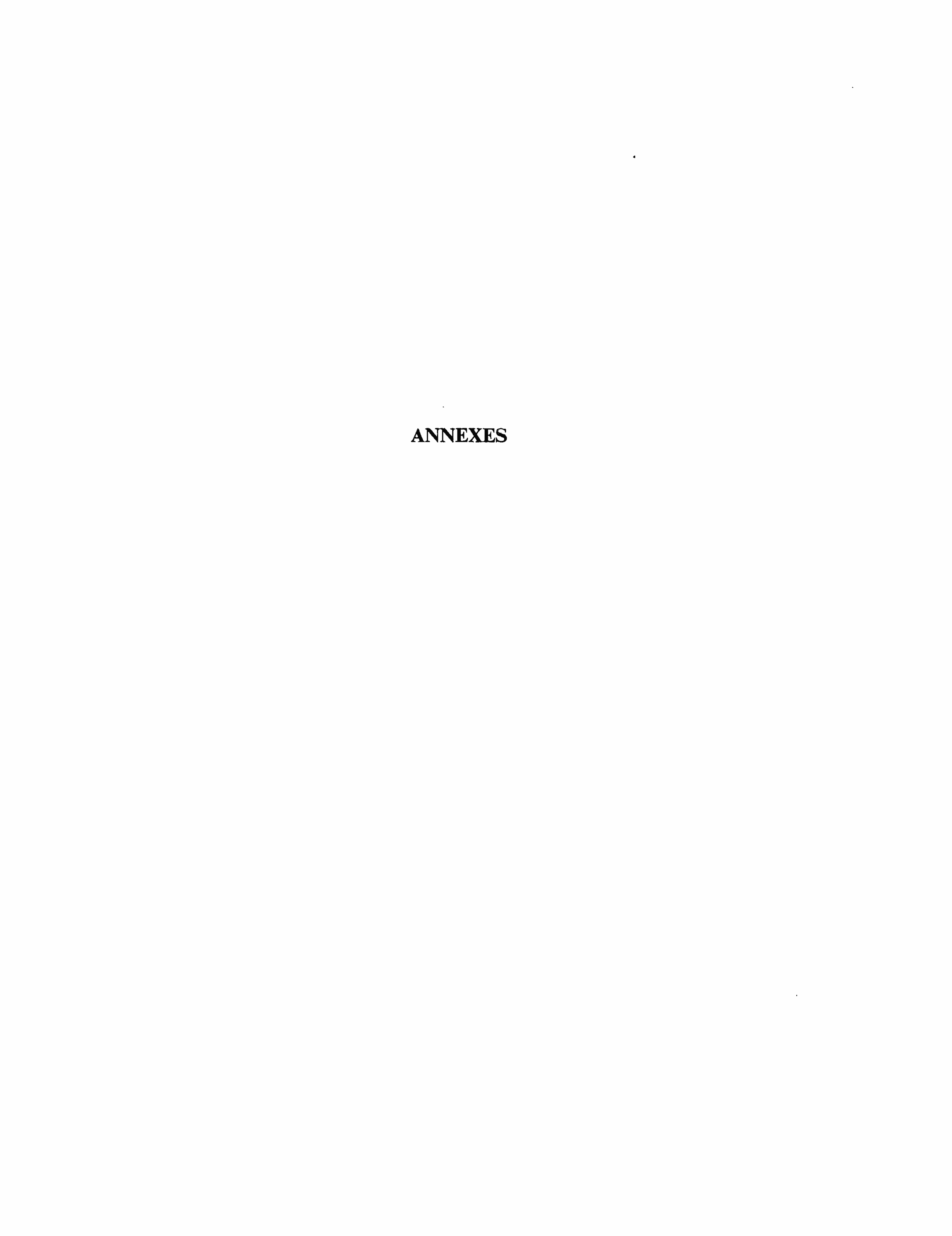
N° du projet et origine des fonds	*Description*	*Institutions participantes*
Singapour 2 AT	**Université de Malaisie** (sept. 1952 -) Développement de l'enseignement de la médecine préventive et de la médecine sociale à la Faculté de Médecine; création ultérieure d'une école de perfectionnement en santé publique	—
Singapour 3 AT	**Formation d'infirmières** (juin 1952 -) Assistance pour la réorganisation de l'enseignement destiné aux sages-femmes et pour l'élaboration d'un programme d'études	—
Viet-Nam 1 AT	* **Lutte contre le paludisme et les insectes** (déc. 1950 - juillet 1953) Les efforts ont principalement porté sur la province de Gocong. Des pulvérisations ont été pratiquées chaque année au mois d'octobre, avant la saison de transmission, à raison de 2,8 g par m². Il ressort d'enquêtes effectuées avant et après les opérations que, de juillet 1951 à décembre 1952, l'indice splénique est tombé de 33,5 % à 7,7 %, et l'indice parasitaire de 19,1 % à 5,1 %. Les opérations ont été étendues également à d'autres provinces, y compris les Pays montagnards du Sud au sujet desquels on ne dispose pas de données précises. Le Gouvernement se propose de continuer et de développer cette action selon les principes adoptés pour ce projet ; les enquêtes et les pulvérisations seront effectuées sous le contrôle des techniciens de la Mission américaine.	AAT
Viet-Nam 2 AT	**Administration de la santé publique** (fév. 1951 -) Assistance au Gouvernement dans l'élaboration d'un plan à long terme d'organisation des services sanitaires	—

PROJETS INTER-RÉGIONAUX

Inter-régional 5 B	* **Lutte contre la rage** (oct. 1950 - juin 1953) Essais pratiques et démonstrations de lutte contre la rage en Israël, en utilisant du vaccin à base d'embryon de poulet pour la vaccination systématique des chiens	—
Inter-régional 6 B	**Laboratoire international de Référence pour la Détermination des Groupes sanguins, Londres** (1951 -) Au Lister Institute, laboratoire chargé de recueillir, de contrôler et de distribuer aux centres nationaux des sérums répondant à des normes minimums, pour la détermination des groupes sanguins et notamment des groupes sanguins rares	Medical Research Council
Inter-régional 7 B	**Lutte contre la rage** (nov. 1952 -) Essais en laboratoire et sur le terrain du vaccin-sérum hyperimmun	—
Inter-régional 8 B FAO	**Centres FAO/OMS de la brucellose** (1950 -) Ces centres étudient la thérapeutique humaine, les antigènes d'épreuve et autres agents de diagnostic, poursuivent des études batériologiques et procèdent à des enquêtes locales en vue de déterminer l'étendue de l'infection brucellique chez les animaux ; enfin ils organisent des campagnes de lutte contre la maladie.	FAO
Inter-régional 9 FISE FAO	* **Groupe d'étude du lait, Rome** (oct. - nov. 1953) †	FISE FAO
Inter-régional 10 B	**Centres de la grippe** (1948 -) Ces centres sont chargés de recueillir, d'identifier et d'étudier les souches de virus de la grippe provenant de diverses parties du monde. Ils doivent également surveiller l'apparition des épidémies et déterminer le type de virus responsable, afin que l'on puisse préparer des vaccins prophylactiques avant que l'épidémie ne gagne d'autres pays.	—
Inter-régional 12 B	* **Conférence du paludisme, Bangkok** (sept. 1953) Cette conférence, qui a eu lieu à Bangkok, intéressait les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et le Pakistan. Elle avait pour but d'aider les Etats Membres à mettre au point des plans de coordination de la lutte antipaludique entre pays ou entre groupes de pays. La conférence a adopté, à cette fin, des recommandations qui seront communiquées à tous les gouvernements participants.	—

* Projet terminé

† Pour plus de détails, voir Tableau I, page 87.



ANNEXES

Annexe 1

ÉTATS MEMBRES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

(31 décembre 1953)

Etats qui ont accepté ou ratifié la Constitution de l'OMS, signée à New York le 22 juillet 1946, et territoires admis en qualité de Membres associés : [1]

Etats Membres	*Date d'acceptation ou de ratification*
Afghanistan (37)	19 avril 1948
Albanie (13)	26 mai 1947
Allemagne, République fédérale d' (78)	29 mai 1951
Arabie Saoudite (14)	26 mai 1947
Argentine (56)	22 octobre 1948
Australie (28)	2 février 1948
Autriche (15)	30 juin 1947
Belgique (49)	25 juin 1948
Biélorussie, RSS de (34)	7 avril 1948
Birmanie (50)	1er juillet 1948
Bolivie (68)	23 décembre 1949
Brésil (39)	2 juin 1948
Bulgarie (41)	9 juin 1948
Cambodge (72)	17 mai 1950
Canada (3)	29 août 1946
Ceylan (52)	7 juillet 1948
Chili (55)	15 octobre 1948
Chine (1)	22 juillet 1946
Corée (65)	17 août 1949
Costa Rica (60)	17 mars 1949
Cuba (70)	9 mai 1950
Danemark (36)	19 avril 1948
Egypte (25)	16 décembre 1947
Equateur (59)	1er mars 1949
Espagne (77)	28 mai 1951
Etats-Unis d'Amérique (46)	21 juin 1948
Ethiopie (11)	11 avril 1947
Finlande (22)	7 octobre 1947
France (42)	16 juin 1948
Grèce (31)	12 mars 1948
Guatemala (66)	26 août 1949
Haïti (17)	12 août 1947
Honduras (61)	8 avril 1949
Hongrie (43)	17 juin 1948
Inde (27)	12 janvier 1948
Indonésie, République d' (74)	23 mai 1950
Irak (20)	23 septembre 1947
Iran (4)	23 novembre 1946
Irlande (23)	20 octobre 1947
Islande (44)	17 juin 1948
Israël (64)	21 juin 1949
Italie (10)	11 avril 1947
Japon (76)	16 mai 1951
Jordanie, Royaume Hachimite de (9)	7 avril 1947
Laos (71)	17 mai 1950
Liban (58)	19 janvier 1949
Libéria (7)	14 mars 1947
Libye, Royaume-Uni de (79)	16 mai 1952
Luxembourg (63)	3 juin 1949
Mexique (35)	7 avril 1948
Monaco (53)	8 juillet 1948
Népal (80)	2 septembre 1953
Nicaragua (69)	24 avril 1950
Norvège (18)	18 août 1947
Nouvelle-Zélande (5)	10 décembre 1946
Pakistan (48)	23 juin 1948
Panama (75)	20 février 1951
Paraguay (57)	4 janvier 1949
Pays-Bas (12)	25 avril 1947
Pérou (67)	11 novembre 1949
Philippines, République des (54)	9 juillet 1948
Pologne (38)	6 mai 1948
Portugal (29)	13 février 1948
République Dominicaine (45)	21 juin 1948
Roumanie (40)	8 juin 1948
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (2)	22 juillet 1946
Salvador (47)	22 juin 1948
Suède (19)	28 août 1947
Suisse (8)	26 mars 1947
Syrie (6)	18 décembre 1946
Tchécoslovaquie (30)	1er mars 1948
Thaïlande (21)	26 septembre 1947
Turquie (26)	2 janvier 1948
Ukraine, RSS d' (33)	3 avril 1948
Union des Républiques Socialistes Soviétiques (32)	24 mars 1948
Union Sud-Africaine (16)	7 août 1947
Uruguay (62)	22 avril 1949
Venezuela (51)	7 juillet 1948
Viet-Nam (73)	17 mai 1950
Yémen (81)	20 novembre 1953
Yougoslavie (24)	19 novembre 1947

Membres associés	*Date d'admission*
Maroc (2)	
zone espagnole	20 mai 1953
zone française	12 mai 1952
Rhodésie du Sud (1)	16 mai 1950
Tunisie (3)	12 mai 1952

[1] Les chiffres qui figurent entre parenthèses après le nom du pays indiquent soit l'ordre chronologique d'acceptation ou de ratification de la Constitution, soit l'ordre d'admission en qualité de Membre associé.

Annexe 2

COMPOSITION DU CONSEIL EXÉCUTIF

Après l'élection, lors de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé en mai 1953 (voir résolution WHA6.12), de six Etats Membres appelés à désigner une personne pour siéger au Conseil en remplacement de ceux dont le mandat était arrivé à expiration, les 18 pays habilités à désigner les membres du Conseil (mai 1953-mai 1954) étaient les suivants :

Pays habilités à désigner un membre	*Durée du mandat restant à courir* [1]
Autriche	3 ans
Belgique	1 an
Brésil	2 ans
Canada	2 ans
Ceylan	1 an
Costa Rica	3 ans
Cuba	1 an
Danemark	2 ans
Etats-Unis d'Amérique	3 ans
Grèce	1 an
Indonésie	3 ans
Iran	2 ans
Irak	3 ans
Liban	1 an
Libéria	1 an
Nouvelle-Zélande	2 ans
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2 ans
Suisse	3 ans

Le Conseil Exécutif, tel qu'il a été reformé à la suite des élections qui eurent lieu pendant la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, comprenait, lors de sa douzième session (mai 1953), les membres suivants : [2]

	Désignés par :
Dr Melville MACKENZIE, Principal Medical Officer, Ministry of Health, Londres, *Président*	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Dr F. HURTADO, Professeur de Pédiatrie à l'Ecole de Médecine, Université de La Havane, *Vice-Président*	Cuba
Dr W. A. KARUNARATNE, Medical Officer for International Health, Ministry of Health, Colombo, *Vice-Président*	Ceylan
Dr S. HAYEK, Directeur des Services techniques au Ministère de la Santé publique, Beyrouth, *Rapporteur*	Liban
Dr H. HYDE, Chief, Division of International Health, Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Washington, D.C. *Rapporteur*	Etats-Unis d'Amérique
Dr G. P. ALIVISATOS, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine et Professeur d'Epidémiologie à l'Ecole d'Hygiène d'Athènes	Grèce
Dr O. ANDERSEN, Professeur de Pédiatrie à l'Université de Copenhague	Danemark
Dr S. ANWAR, Directeur du Service de la Santé publique, Java oriental, Sourabaya	Indonésie
Dr C. VAN DEN BERG, Directeur général pour les Affaires internationales de Santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique des Pays-Bas, La Haye	Belgique
Dr M. J. FERREIRA, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Etat de Rio de Janeiro	Brésil
Dr H. M. JETTMAR, Chef de l'Institut d'Hygiène et Professeur à l'Université de Gratz	Autriche
Dr O. J. LEROUX,[3] Directeur adjoint au Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social, Ottawa	Canada
Dr H. B. TURBOTT,[4] Deputy Director-General of Health, Wellington	Nouvelle-Zélande
Dr M. A. MALEKI, Professeur de Vénéréologie à la Faculté de Médecine de Téhéran	Iran
Dr J. N. TOGBA, Directeur général de la Santé publique, Monrovia	Libéria
Dr O. VARGAS-MÉNDEZ, Directeur général de la Santé, San José	Costa Rica
Dr P. VOLLENWEIDER, Directeur du Service fédéral de l'Hygiène publique, Berne	Suisse
Dr S. AL-WAHBI, Directeur de l'Hôpital Karkh, Ministère de la Santé, Bagdad	Irak

[1] A dater de la clôture de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé (mai 1953)

[2] La composition du Conseil Exécutif lors de sa onzième session (janvier-février 1953) est indiquée dans *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, annexe 1.

[3] Le Dr Leroux a résigné ses fonctions au Conseil lorsqu'il est devenu membre du personnel de l'Organisation le 29 septembre 1953.

[4] Remplacé par son suppléant le Dr F. S. Maclean

Annexe 3

TABLEAUX D'EXPERTS ET COMITÉS

1. TABLEAUX D'EXPERTS

En vue d'assurer à l'Organisation des avis techniques par correspondance et de lui fournir les membres de ses comités d'experts (et du Comité de la Quarantaine internationale), des tableaux d'experts ont été institués pour chacun des sujets suivants :

Administration de la santé publique
Antibiotiques
Assainissement
Brucellose
Choléra
Drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie
Education sanitaire de la population
Fièvre jaune
Formation professionnelle et technique du personnel médical et auxiliaire
Hygiène de la maternité et de l'enfance
Hygiène sociale et médecine du travail
Insecticides
Lèpre
Maladies à virus
Maladies parasitaires
Maladies vénériennes et tréponématoses (y compris sérologie et techniques de laboratoire)
Nutrition
Paludisme
Peste
Pharmacopée internationale et préparations pharmaceutiques
Quarantaine internationale
Rage
Rickettsioses
Santé mentale
Soins infirmiers
Standardisation biologique
Statistiques sanitaires
Trachome
Tuberculose
Zoonoses

Répartition géographique des experts inscrits aux tableaux à la fin de l'année 1953

Régions et pays	*Nombre de membres*	*Total par Région*
Afrique		
Congo belge	4	
Côte de l'Or	2	
Guinée portugaise	1	
Kenya	1	
Nigeria	6	
Ouganda	2	
Rhodésie du Sud	3	
Sierra Leone	1	
Tanganyika	2	
Union Sud-Africaine	15	37
Amériques		
Antilles britanniques	2	
Argentine	17	
Bolivie	1	
Brésil	38	
Canada	44	
Chili	22	
Colombie	4	
Costa Rica	2	
Cuba	4	
Equateur	5	
Etats-Unis d'Amérique	225	
Amériques (suite)		
Guatemala	6	
Guyane britannique	2	
Haïti	2	
Jamaïque	1	
Mexique	24	
Nicaragua	2	
Panama	10	
Paraguay	3	
Pérou	7	
Porto Rico	3	
République Dominicaine	6	
Salvador	5	
Trinité	2	
Uruguay	11	
Venezuela	15	463
Asie du Sud-Est		
Afghanistan	1	
Birmanie	1	
Ceylan	10	
Inde	63	
Indonésie	7	
Thaïlande	3	85

Régions et pays	Nombre de membres	Total par Région
Europe		
Allemagne, République fédérale	14	
Autriche	6	
Belgique	31	
Danemark	28	
Espagne	15	
Finlande	16	
France [1]	122	
Grèce	14	
Hongrie	2	
Irlande	5	
Islande	2	
Italie	34	
Luxembourg	1	
Norvège	14	
Pays-Bas	35	
Pologne	1	
Portugal	6	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	137	
Suède	32	
Suisse	30	
Tchécoslovaquie	1	
Turquie	16	
Yougoslavie	15	577
Méditerranée orientale		
Chypre	3	
Egypte	29	
Irak	2	
Iran	7	
Israël	14	
Liban	6	
Pakistan	12	
Soudan	3	76
Pacifique occidental		
Australie	7	
Chine	3	
Hong-kong	1	
Japon	12	
Malaisie	1	
Nouvelle-Guinée néerlandaise	1	
Nouvelle-Zélande	9	
Philippines	11	
Tahiti	1	46
Territoire non rattaché à une Région		
Tanger	1	1
TOTAL		1.285

[1] Y compris l'Union française

2. COMITÉS D'EXPERTS

Voici la liste des membres des comités d'experts qui se sont réunis en 1953 :

Comités d'experts de l'Alcool

Première session

M. L. Dontcheff, Docteur ès Sciences, Laboratoire de Physiologie générale de la Faculté des Sciences, Université de Paris, France

Dr L. Goldberg, Professeur adjoint de Pharmacologie, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède

Dr E. Lundsgaard, Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine, Université de Copenhague, Danemark

L. D. MacLeod, B.Sc., Burden Neurological Institute, Stapleton, Bristol, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr J. Mardones, Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine, Université du Chili, Santiago, Chili

Dr H.W. Newman, Associate Professor of Medicine, Stanford University School of Medicine, San Francisco, Calif., Etats-Unis d'Amérique

Comité d'experts pour la Standardisation biologique

Septième session

M. J. Gibbard, Chef du Laboratoire d'Hygiène, Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social, Ottawa, Canada

Dr E. Grasset, Directeur de l'Institut d'Hygiène ; Professeur de Bactériologie et d'Hygiène à l'Université de Genève, Suisse

Dr N. K. Jerne, Service de Standardisation biologique Statens Seruminstitut, Copenhague, Danemark

Dr O. Maaløe, Chef du Service de Standardisation biologique, Statens Seruminstitut, Copenhague, Danemark

Professor A. A. Miles, Director, Lister Institute of Preventive Medicine, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Professor A. B. Nichols, Secretary, United States Pharmacopeial Convention Inc., New York, Etats-Unis d'Amérique

Dr. W. L. M. Perry, Director, Department of Biological Standards, National Institute for Medical Research, Mill Hill, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Professeur R. Prigge, Directeur de l'Institut Paul Ehrlich, Institut national de Thérapeutique expérimentale, Francfort-sur-le-Main, Allemagne

Dr A.W. Stableforth, Director, Ministry of Agriculture and Fisheries Veterinary Laboratory, New Haw, Weybridge, Surrey, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Professeur J. Tréfouël, Directeur de l'Institut Pasteur, Paris, France

Dr P. M. Wagle, Director, Haffkine Institute, Bombay, Inde

Dr W. G. Workman, Chief, Biologics Control Laboratory, National Microbiological Institute, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie

Quatrième session

Dr N. B. Eddy, Chief, Section on Analgesics, Division of Chemistry, National Institute of Arthritis and Metabolic Diseases, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Dr G. Joachimoglu, Professeur de Pharmacologie ; Président du Conseil supérieur de la Santé, Ministère de l'Hygiène, Athènes, Grèce

Dr J. La Barre, Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université libre de Bruxelles, Belgique

Dr B. Lorenzo-Velázquez, Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine, Université de Madrid, Espagne

J. R. Nicholls, D.Sc., Deputy Government Chemist, Government Laboratory, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr V. Zapata Ortiz, Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine, Université nationale de San Marcos, Lima, Pérou

Comité d'experts de l'Assainissement

Troisième session

Mr. M. Aziz, Visiting Associate Professor of Public Health, School of Medicine, American University, Beyrouth, Liban

Mr. M. D. Hollis, Assistant Surgeon General, US Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

Professeur G. Macdonald, Director, Ross Institute of Tropical Hygiene, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. M. Morris, Secretary for Health, Division of Health, Salisbury, Rhodésie du Sud

M. Luis Pachon-Rojas, Ingénieur sanitaire, Fédération nationale des Planteurs de Café, Bogota, Colombie

Mr. Purtej Singh, Public Health Engineer, State Health Department, Etat de Madhya Pradesh, Nagpur, Inde

Comité d'experts de l'Education sanitaire de la population

Première session

Mlle M. Andrell, Chef des Services infirmiers, Direction générale de la Santé publique, Stockholm, Suède

Dr J. Burton, Medical Director, Central Council for Health Education, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr M. Derryberry, Chief, Division of Public Health Education, US Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

Professeur J. Koekebakker, Chef du Département de la Santé mentale, Institut de Médecine préventive, Leyde, Pays-Bas

Professeur J. Parisot, Doyen de la Faculté de Médecine, Université de Nancy, France

Dr O. J. da Silva, Directeur de la Division de l'Education sanitaire, Service spécial de la Santé publique, Rio de Janeiro, Brésil

Dr C. E. Turner, Assistant to the President, National Foundation for Infantile Paralysis, New York, Etats-Unis d'Amérique

Comité d'experts de la Pharmacopée internationale

Douzième session

Dr H. Baggesgaard Rasmussen, Professeur de Chimie organique à l'Ecole royale danoise de Pharmacie, Copenhague, Danemark ; Membre de la Commission de la Pharmacopée danoise et du Conseil scandinave de la Pharmacopée

Dr T. Canbäck, Directeur du Laboratoire de Contrôle des produits pharmaceutiques, Stockholm, Suède ; Vice-Président de la Commission de la Pharmacopée suédoise ; Membre du Conseil scandinave de la Pharmacopée

Dr H. Flück, Professeur de Pharmacognosie à l'Ecole Polytechnique fédérale, Zurich, Suisse ; Membre de la Commission fédérale de la Pharmacopée

Dr C. H. Hampshire, formerly Secretary, British Pharmacopoeia Commission, General Medical Council Office, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. Hazard, Professeur de Pharmacologie et de Matière médicale à la Faculté de Médecine, Université de Paris, France ; Membre de la Commission de la Pharmacopée française

Dr C. Heymans, Professeur de Pharmacologie et de Toxicologie à la Faculté de Médecine, Université de Gand, Belgique

Dr T. Kariyone, Professeur de Phyto-pharmacie et Directeur de l'Institut national d'Hygiène, Université de Kyoto, Japon ; Membre de la Commission de la Pharmacopée japonaise

Dr L. C. Miller, Director of Revision of the Pharmacopeia of the United States of America, New York, Etats-Unis d'Amérique

Dr D. van Os, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie à l'Université de Groningue, Pays-Bas ; Président de la Commission de la Pharmacopée néerlandaise

Dr E. Sellés, Professeur de Pharmacie galénique à la Faculté de Pharmacie, Université de Madrid, Espagne ; Membre de la Commission de la Pharmacopée espagnole

Comité d'experts du Paludisme

Cinquième session

Dr M. K. Afridi, Director of Health Services of the North West Frontier Province, Peshawar, Pakistan

Major-General Sir Gordon Covell, Adviser on Malaria, Ministry of Health ; Director, Malaria Laboratory, Horton Hospital, Epsom, Surrey, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr S. Rajendram, Superintendent, Antimalaria Campaigns, Department of Health Services, Colombo, Ceylan

Dr P. F. Russell, Division de la Médecine et de la Santé publique, Fondation Rockefeller, Paris, France

Dr M. A. Vaucel, Inspecteur général des Instituts Pasteur d'Outre-Mer, Paris, France

Dr I. Vincke, Directeur de la Section d'Etudes et de Recherches antimalariennes, Elisabethville, Congo belge

Comité d'experts de l'Onchocercose

Première session

Professor P. C. C. Garnham, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr J. R. De León, Institut de Recherches scientifiques, Jardin botanique, Université de San Carlos de Guatemala, Guatemala

Mr. D. J. Lewis, Entomologist, Ministry of Health, Wad Medain, Soudan

Professeur L. Mazzotti, Laboratoire de Parasitologie de l'Institut d'Hygiène et des Maladies tropicales, Colonie Santo Tomás, Mexico, D. F., Mexique

Professeur P. F. Toulant, Institut du Trachome et d'Ophtalmologie, Hôpital Civil de Mustapha, Alger, Algérie

Dr L. Vargas, Professeur, Institut d'Hygiène et des Maladies tropicales, Mexico, D. F., Mexique

Professeur M. Wanson, Institut de Médecine tropicale Prince Léopold, Anvers, Belgique

Professor W. H. Wright, Chief, Laboratory of Tropical Diseases, National Microbiological Institute, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Comité d'experts de la Poliomyélite

Première session

Dr H. Bernkopf, Chef du Laboratoire de Virologie et Chargé de cours de bactériologie, Ecole de Médecine Hadassah, Université hébraïque, Jérusalem, Israël

Dr T. Francis, Jr., Professor of Epidemiology, School of Public Health, University of Michigan, Ann Arbor, Mich., Etats-Unis d'Amérique

Professeur S. Gard, Département des Recherches sur les Virus, Ecole de Médecine, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède

Dr J. H. S. Gear, Director of Research, Laboratories of the Poliomyelitis Research Foundation, South African Institute for Medical Research, Johannesburg, Union Sud-Africaine

Professeur P. Lépine, Chef du Service des Virus, Institut Pasteur, Paris, France

Dr F. O. MacCallum, Director, Virus Reference Laboratory, Public Health Laboratory Service, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr J. R. Paul, Professor of Preventive Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, Conn., Etats-Unis d'Amérique

Dr A. J. Rhodes, Directeur de l'Institut de Recherche, Hôpital des Enfants malades, Toronto, Canada

Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique

Deuxième session

Dr F. García Sánchez, Directeur général des Services coordonnés de Santé et de Prévoyance sociale, Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale, Mexico D. F., Mexique

Dr R. H. Hazemann, Directeur départemental de la Santé de la Seine, Paris, France

Dr L. Kaprio, Chef de la Section de la Santé publique, Direction générale du Service médical, Helsinki, Finlande

Dr H. R. Leavell, Professor of Public Health Practice, Harvard School of Public Health, Boston, Mass., Etats-Unis d'Amérique

Dr J. Leimena, Conseiller principal auprès du Ministère de la Santé publique, Djakarta, Indonésie

Dr J. M. Mackintosh, Professor of Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr S. L. A. Manuwa, Inspector-General of Medical Services, Lagos, Nigeria

Comité d'experts de la Rage

Deuxième session

Dr M. Baltazard, Directeur de l'Institut Pasteur de l'Iran, Téhéran, Iran

Dr K. Habel, Chief, Laboratory of Infectious Diseases, National Microbiological Institute, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Dr H. N. Johnson, Virus Research Centre, Poona, Inde

Dr A. Komarov, Directeur du Laboratoire d'Etat des Maladies à Virus, Haïfa, Israël

Dr H. Koprowski, Assistant Director, Section of Viral and Rickettsial Research, Lederle Laboratories, Pearl River, N.Y., Etats-Unis d'Amérique

Dr P. Lépine, Chef du Service des Virus, Institut Pasteur, Paris, France

Dr F. Pérez Gallardo, Chef du Laboratoire de Virologie, Ecole nationale de la Santé, Madrid, Espagne

Dr N. Veeraraghavan, Director, Pasteur Institute of Southern India, Coonoor, Inde

Comité d'experts des Maladies rhumatismales

Première session

Dr W. S. Copeman, Physician in Charge, Department of Rheumatic Diseases, West London Hospital, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr F. Coste, Professeur de Clinique de Rhumatologie à la Faculté de Médecine, Université de Paris, France

G. Edström, Professeur de Rhumatologie, Chef du Service des Maladies rhumatismales, Hôpital universitaire de Lund, Suède

Dr J. Goslings, Département de Rhumatologie, Hôpital universitaire de Leyde, Pays-Bas

Professeur A. Ruiz-Moreno, Directeur du Centre antirhumatismal, Faculté des Sciences médicales, Université nationale de Buenos Aires, Argentine

Comité d'experts pour la Vaccination antituberculeuse

Première session

Dr A. de Assis, Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine, Rio de Janeiro, Brésil

Dr E. J. Aujaleu, Directeur de l'Hygiène sociale, Ministère de la Santé publique et de la Population, Paris, France

Dr P. V. Benjamin, Adviser on Tuberculosis to the Director General of Health Services, Ministry of Health, Government of India, New Delhi, Inde

Dr P. D'Arcy Hart, Director, Tuberculosis Research Unit, Medical Research Council, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr A. Frappier, Professeur de Bactériologie à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène, Université de Montréal, Canada

Professeur A. Giovanardi, Directeur de l'Institut d'Hygiène, Université de Milan, Italie

Dr H. Kumabe, Directeur de l'Institut de Recherches, Association japonaise contre la Tuberculose, Tokyo, Japon

Professeur A. Wallgren, Clinique infantile, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède

Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses : Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire

Troisième session

Dr M. Aly, Directeur général du Département des Laboratoires, Ministère de l'Hygiène publique, Le Caire, Egypte

Mr. A. Harris, Assistant Director in Charge Serology Section, Division of Venereal Disease, US Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Chamblee, Ga., Etats-Unis d'Amérique

Dr F. Márquez, Chef du Laboratoire de Sérologie, Hôpital militaire central, Mexico, D. F., Mexique

Dr I. N. Orpwood Price, Director, Venereal Diseases Reference Laboratory, Public Health Laboratory Service, St. Peter's Hospital, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. Pautrizel, Professeur, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Bordeaux, France

Dr K. V. Venkatraman, Serologist to the Government of India, School of Tropical Medicine, Calcutta, Inde

Comité d'experts de la Fièvre jaune

Deuxième session

Dr C. Courtois, Directeur du Laboratoire médical de Stanleyville, Congo belge

Médecin-Général C. Durieux, Directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, Sénégal, Afrique-Occidentale française

Dr A. Gast-Galvis, Directeur de l'Institut Carlos Finlay, Bogota, Colombie

Dr A. J. Haddow, Director, Virus Research Institute (East Africa High Commission), Entebbe, Ouganda

Professeur M. R. Pinto, Institut de Médecine tropicale, Lisbonne, Portugal

Dr R. M. Taylor, Director, Department of Virology, US Naval Medical Research Unit No. 3, Le Caire, Egypte

Comités mixtes d'experts

Comité mixte d'experts de l'Enfance mentalement insuffisante

Première session

UNESCO :

Mr. J. Lumsden, H. M. Inspector, Staff Inspector for Special Educational Treatment, Ministry of Education, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

M. F. J. T. Rutten, Professeur de Psychologie à l'Université de Nimègue, Pays-Bas

OMS :

Dr M. J. Farrell, Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley, Mass., Etats-Unis d'Amérique

Dr L. T. Hilliard, Physician Superintendent, Fountain Hospital, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. Lafon, Professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de Médecine de Montpellier ; Président de l'Union nationale des Associations régionales pour la Sauvegarde de l'Enfance, France

H. M. Skeels, Ph.D., Community Services Branch, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Dr C. Steketee, Médecin-chef, Dr Mr. Willem van den Bergh-stichting, Noordwijk-Binnen, Pays-Bas

3. COMITÉ DE LA QUARANTAINE INTERNATIONALE [2]

Le comité a tenu sa première session du 19 octobre au 4 novembre 1953.

Membres

Le comité était composé des membres suivants :

Dr A. J. Boyer, Médecin Inspecteur de la Santé, Chef du Service de Contrôle sanitaire aux Frontières, Ministère de la Santé publique et de la Population, Paris, France

Mr. H. B. Calderwood, Office of the United Nations Economic and Social Affairs, Department of State, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

Dr A. Castro, Directeur du Service national de la Peste, Ministère de l'Education et de la Santé, Rio de Janeiro, Brésil

Dr M. Jafar, Director General of Health and Joint Secretary to the Government of Pakistan, Ministry of Health and Works, Karachi, Pakistan

Dr H. N. C. V. Kelaart, Senior Medical Officer of Health (Epidemiology), Colombo, Ceylan

Lt-Col. C. K. Lakshmanan, Director-General of Health Services, Ministry of Health, New Delhi, Inde

Dr F. S. Maclean, Director, Division of Public Hygiene, Department of Health, Wellington, Nouvelle-Zélande

Dr M. T. Morgan, Medical Officer of Health, Port of London Authority, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr M. A. Sánchez-Vigil, Assistant technique auprès du Ministre de la Santé publique, Ministère de la Santé publique, Managua, Nicaragua

Mr. K. Stowman, International Health Representative, US Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Washington D.C., Etats-Unis d'Amérique

[2] Bien qu'il soit régi par le Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts, le Comité de la Quarantaine internationale a reçu des attributions spéciales, qui sont énoncées dans la résolution WHA6.20.

Conseillers spéciaux

Au cours des débats sur la lutte contre les insectes vecteurs dans le trafic aérien international, le comité a bénéficié des avis des trois spécialistes suivants :

Major-General Sir Gordon Covell, Adviser on Malaria, Ministry of Health ; Malaria Research Laboratory, Horton Hospital, Epsom, Surrey, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Mr. S. W. Simmons, Scientist Director, Chief, Technology Branch, Communicable Disease Center, US Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Atlanta, Ga., Etats-Unis d'Amérique

Sir Harold Whittingham, Director of Medical Services, British Overseas Airways Corporation, Brentford, Middlesex, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Annexe 4

CONFÉRENCES ET RÉUNIONS ORGANISÉES EN 1953 PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ OU AVEC SON AIDE [1]

12 janv. - 4 fév.	Conseil Exécutif, onzième session	Genève
26-30 janv.	Groupe d'étude sur le développement psycho-biologique de l'enfant	Genève
6-7 fév.	Groupe consultatif sur les relations entre pédiatres et pédo-psychiatres	Genève
12-19 fév.	Technical Co-operation Administration/OMS : Conférence	Genève
16-21 fév.	ONU/OIT/UNESCO/OMS : Comité mixte d'experts de l'Enfance mentalement insuffisante	Genève
2-4 mars	Association internationale de Pédiatrie/OMS : Conférence mixte de travail des représentants nationaux des associations de pédiatrie européennes sur l'enseignement de la pédiatrie en Europe	Zurich
1er-2 mai	FISE/OMS : Comité mixte des Directives sanitaires, sixième session	Genève
5-22 mai	Sixième Assemblée Mondiale de la Santé	Genève
28-30 mai	Conseil Exécutif, douzième session	Genève
22-27 juin	Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie, quatrième session	Genève
23-30 juin	FAO/OMS : Comité régional de la Nutrition pour l'Asie méridionale et orientale, troisième réunion	Bandoeng
29 juin - 4 juillet	Comité d'experts de la Pharmacopée internationale, douzième session	Genève
27-31 juillet	Comité d'experts de l'Assainissement, troisième session	Genève
28-29 juillet	Comité consultatif spécial des Bibliothécaires médicaux	Genève
31 juillet - 1er août	CIOMS/UNESCO/OMS : Réunion mixte sur la documentation médicale	Genève
24-29 août	Association médicale mondiale/OMS : Première conférence mondiale de l'enseignement médical [2]	Londres
31 août - 4 sept.	Comité d'experts des Maladies rhumatismales, première session	Genève
31 août - 5 sept.	Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses, Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire, troisième session	Copenhague
3-8 sept.	Comité régional du Pacifique occidental, quatrième session	Tokyo
7-10 sept.	Comité régional de l'Europe, troisième session	Copenhague

[1] La présente liste ne comprend ni les réunions des commissions de l'Assemblée Mondiale de la Santé, ni celles des comités du Conseil Exécutif qui se sont tenues à l'occasion des sessions de l'Assemblée ou du Conseil, ni toutes les réunions inter-secrétariats tenues avec l'Organisation des Nations Unies et ses institutions spécialisées. Les colloques et les cours de formation professionnelle organisés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements ou d'autres organisations, et pour lesquels elle a donné des bourses d'études ou payé les frais de voyage de certains des participants, sont exposés de façon plus détaillée dans l'annexe 5 et dans le Tableau I, page 87.

[2] Le CIOMS et le Bureau international des Universités ont également apporté leur concours.

7-12 sept.	Comité d'experts du Paludisme, cinquième session	Istanbul
14-19 sept.	Comité d'experts de la Fièvre jaune, deuxième session	Kampala, Ouganda
14-19 sept.	Comité d'experts de la Poliomyélite, première session	Rome
14-19 sept.	Comité d'experts de la Rage, deuxième session	Rome
16-19 sept.	Comité régional de l'Asie du Sud-Est, sixième session	Bangkok
21-24 sept.	Conférence sur le paludisme	Bangkok
21-25 sept.	Comité régional de l'Afrique, troisième session	Kampala, Ouganda
21-26 sept.	Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique, deuxième session	Genève
5-10 oct.	Comité d'experts de l'Alcool, première session	Genève
9-19 oct.	Comité régional des Amériques, cinquième session, et Conseil de Direction de l'OSP, septième session	Washington, D.C.
12-17 oct.	ONU/OMS : Conférence internationale des Commissions nationales de Statistiques démographiques et sanitaires	Londres
19-29 oct.	FAO/OMS : Troisième réunion régionale sur la nutrition pour l'Amérique latine	Caracas
19 oct. - 4 nov.	Comité de la Quarantaine internationale, première session	Genève
26-31 oct.	Comité d'experts pour la Standardisation biologique, septième session	Genève
2-6 nov.	FAO/Josiah Macy Jr. Foundation/OMS : Réunion sur la malnutrition protidique	Kingston, Jamaïque
23 nov. - 1er déc.	Comité d'experts de l'Onchocercose, première session	Mexico
30 nov. - 4 déc.	Comité d'experts pour la Vaccination antituberculeuse, première session	Copenhague
7-11 déc.	Comité d'experts de l'Education sanitaire de la Population, première session	Paris
8-11 déc.	OIT/Comité intergouvernemental pour les Migrations européennes/OMS : Réunion d'experts sur les critères médicaux pour la sélection des migrants	Genève
9-10 déc.	Comission internationale antivénérienne du Rhin, troisième réunion	Anvers
14-15 déc.	Etude type sur le personnel nécessaire pour répondre aux besoins médico-sociaux des familles : Comité consultatif technique	Londres

Annexe 5

COLLOQUES ET COURS DE FORMATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONAUX

On trouvera dans la présente annexe la liste des colloques et cours de formation professionnelle organisés par l'OMS dans cinq de ses six Régions, en collaboration avec les gouvernements ou d'autres organisations, et pour lesquels elle a attribué des bourses ou payé les frais de voyage de certains des participants. Les renseignements correspondants pour l'Europe figurent dans le Tableau I, page 87.

Description du programme	Durée	Gouvernement principalement intéressé	Autres pays participants	Participants ou boursiers §	Autres institutions participantes
Afrique					
Enseignement infirmier Conférence sur le développement de l'enseignement infirmier dans la Région ; Kampala † AFRO 4	10 jours 28 sept.- 7 oct.	Ouganda	Afrique-Équatoriale française Afrique-Occidentale française Congo belge Côte de l'Or Guinée portugaise Iles du Cap-Vert Ile Maurice Kenya Libéria Madagascar Mozambique Nigeria Nyassaland Rhodésie du Nord Rhodésie du Sud Ruanda-Urundi Saint-Thomas Somalie britannique Tanganyika	40	—
Fièvre jaune Colloque sur les données scientifiques dont on dispose au sujet de la fièvre jaune en Afrique ; Kampala † AFRO S8	5 jours 7-11 sept.	Ouganda	Afrique-Occidentale française Angola Bechuanaland Congo belge Côte de l'Or Ethiopie Kenya Libéria Mozambique Nigeria Nyassaland Rhodésie du Sud Sierra Leone Tanganyika	19	East Africa Interterritorial Commissioner ; South African Institute for Medical Research
Les Amériques					
Alcoolisme Colloque sur la formation du personnel et sur le traitement et les soins à donner aux alcooliques ; Buenos Aires AARO 9	3 semaines 3-23 mai	Argentine	Brésil Chili Paraguay Uruguay	37	—
Assainissement Cours de formation pour agents des services des eaux ; Tegucigalpa AARO 17	1 mois 1er-27 juin	Honduras	Costa Rica Guatemala Honduras britannique Nicaragua Panama	18	Institute of Inter-American Affairs
Education sanitaire Colloque sur l'éducation sanitaire ; Mexico AARO 15	3 semaines 18 sept.- 1er oct.	Mexique	Costa Rica Cuba Guatemala Haïti Honduras Honduras britannique Nicaragua Panama République Dominicaine Salvador	37	—

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS
† Des ressortissants d'autres Régions étaient admis à prendre part à ces activités

Description du programme	Durée	Gouvernement principalement intéressé	Autres pays participants	Participants ou boursiers §	Autres institutions participantes
Fièvre aphteuse Centre panaméricain de la fièvre aphteuse : deux cours de formation de deux mois chacun sur la fièvre aphteuse (travaux de laboratoire, épidémiologie, prévention et lutte contre la maladie) ; Rio de Janeiro					Organization of American States ; FAO (qui a aidé au choix des candidats)
1er cours	28 avril- 25 juin	Brésil	Costa Rica Cuba Guatemala Panama République Dominicaine	8	
2e cours AARO 77	1er oct.- 28 nov.	Brésil	Bolivie Colombie Equateur Pérou Venezuela	9	
Lutte contre les insectes Série de trois cours de formation pour la lutte contre les insectes, d'une semaine chacun ; Barranquilla AARO 71	3 semaines 16 nov.- 5 déc.	Colombie	Antilles néerlandaises Cuba Haïti Jamaïque Mexique République Dominicaine	11	—
Soins infirmiers Troisième conférence régionale sur les soins infirmiers, réunie pour examiner la législation en matière de soins infirmiers et la formation des infirmières ; Rio de Janeiro AARO 23	1 semaine 19-23 juillet	Brésil	Argentine Bolivie Canada Chili Colombie Costa Rica Etats-Unis d'Amérique Haïti Mexique Panama Paraguay Pérou Salvador Uruguay Venezuela	166	Institute of Inter-American Affairs ; Fondation Rockefeller
Statistiques démographiques et sanitaires Nouveau cours de statistiques démographiques et sanitaires au Centre interaméricain de Biostatistique ; Santiago AARO 10	9 mois 2 mars- 27 nov.	Chili	Argentine Colombie Costa Rica Cuba Equateur Guatemala Haïti Mexique Nicaragua Panama Paraguay Pérou Salvador Uruguay	33	ONU

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS

Description du programme	Durée	Gouvernement principalement intéressé	Autres pays participants	Participants ou boursiers §	Autres institutions participantes
Statistiques sanitaires Colloque pour statisticiens et épidémiologistes des ministères de la santé des pays sud-américains, visant à élaborer des méthodes et à formuler des recommandations pour la notification des maladies transmissibles sur le plan local, national et international ; Santiago AARO 44	12 jours 30 nov.- 11 déc.	Chili	Argentine Bolivie Brésil Colombie Equateur Paraguay Pérou Uruguay Venezuela	27	—
Asie du Sud-Est					
Assainissement Colloque pour agents des services des eaux ; New Delhi INDE 66	2 semaines 2-15 déc.	Inde	Birmanie Ceylan Indonésie	50	—
Méditerranée orientale					
Ophtalmologie Conférences, interventions chirurgicales, et démonstration des méthodes les plus récentes de la chirurgie ophtalmique, effectuées par un groupe itinérant de 6 ophtalmologistes (le groupe a participé au Congrès jubilaire de la Société égyptienne d'Ophtalmologie) ; Gizeh, Le Caire * ÉGYPTE 22	10 jours 19-28 fév.	Egypte	Aden Chypre Irak Iran Jordanie Liban Pakistan Soudan Syrie	10	—
Santé mentale Colloque consacré à la formation professionnelle du personnel de santé mentale, au développement des moyens de traitement et à l'influence des facteurs culturels en psychiatrie ; Beyrouth EMRO 6	4 semaines 3 nov.- 5 déc.	Liban	Egypte Irak Iran Jordanie Pakistan Soudan Syrie	19	—
Trachome Cours inter-régional de formation professionnelle ; Gizeh, Le Caire † ÉGYPTE 6	2 mois fév.-avril	Egypte	Irak Iran Liban Pakistan Syrie	7	Memorial Ophthalmic Laboratory, Gizeh

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS

* Ces conférences et ces démonstrations ont été suivies non seulement par des ressortissants des pays de la Région, mais aussi par des ressortissants de Grèce et de Turquie.

† Des ressortissants d'autres Régions étaient admis à prendre part à ces activités.

Description du programme	Durée	Gouvernement principalement intéressé	Autres pays participants		Participants et boursiers §	Autres institutions participantes
Pacifique occidental						
Santé mentale de l'enfant Colloque sur divers aspects de la santé mentale et du développement mental des enfants, et sur l'application des connaissances actuelles au programme relatif à la santé, au bien-être et à l'éducation des enfants ; Sydney † WPRO 8	3 semaines 10-28 août	Australie	Chine (Taïwan) Hong-kong Japon Malaisie Nouvelle-Zélande	Papua et Nouvelle-Guinée Philippines Sarawak Singapour	32	—
Tuberculose Conférence des pays du Pacifique sur la tuberculose, réunie pour l'étude de la lutte contre la tuberculose dans le Pacifique occidental ; Manille † PHILIPPINES 22	1 semaine 13-19 avril	Philippines	Australie Cambodge Chine (Taïwan) Corée Fidji Hong-kong Japon Macao Malaisie Nord-Bornéo Nouvelle-Calédonie	Nouvelle-Guinée néerlandaise Nouvelle-Zélande Territoire sous tutelle des Iles du Pacifique Sarawak Singapour Viet-Nam	18	Ligue antituberculeuse des Philippines

§ Participants ou boursiers de la Région invités par l'OMS
† Des ressortissants d'autres Régions étaient admis à prendre part à ces activités.

Annexe 6

CONFÉRENCES ET RÉUNIONS CONVOQUÉES EN 1953 PAR L'ONU ET LES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES, ET AUXQUELLES L'OMS A ÉTÉ REPRÉSENTÉE

5-16 janv.	FAO : Réunion spéciale sur le riz	Bangkok
19-21 janv.	Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient : Comité des Transports intérieurs, deuxième session	Bandoeng
19-30 janv.	Conseil Economique et Social : Commission de la Population, septième session	New York
19-30 janv.	OMM : Association régionale I (Afrique), première session	Tananarive
26 janv. - 2 fév.	Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient : Comité de l'Industrie et du Commerce, cinquième session	Bandoeng
2-3 fév.	Commission Economique pour l'Europe : Comité de l'Industrie et des Produits de base, Groupe de travail des statistiques du logement et de la construction	Genève
2-4 fév.	Commission Economique pour l'Europe : Comité de l'Industrie et des Produits de base, Groupe de travail spécial sur les contrats en matière d'industrie mécanique	Genève
2-11 fév.	Conseil Economique et Social : Commission des Transports et des Communications, sixième session	New York
2-13 fév.	Conseil Economique et Social : Commission de Statistique, septième session	New York
3 février	Comité administratif de Coordination : Groupe de travail technique pour les migrations, cinquième session	Genève
6-14 fév.	Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient, neuvième session	Bandoeng
9-10 fév.	ONU : Deuxième conférence des organisations non gouvernementales s'intéressant à la réadaptation des personnes physiquement diminuées	New York
11-13 fév.	Comité administratif de Coordination : Groupe de travail technique spécial pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées, quatrième session	New York
17-19 fév.	Commission Economique pour l'Europe : Comité des Transports intérieurs, sous-groupe chargé de déterminer les conditions d'ordre physiologique et psychique que doivent remplir les conducteurs	Genève
23-28 fév.	UNESCO : Réunion consultative des représentants des organisations internationales de jeunesse	Paris
24 fév. - 23 avril	ONU : Assemblée générale, reprise de la septième session	New York
26-27 fév.	Troisième conférence de l'assistance technique des Nations Unies	New York
2-11 mars	Comité de l'Assistance technique, Groupe de travail (examen des dépenses locales à la charge des gouvernements)	New York
3-6 mars	OIT : Conseil d'administration, 121e session	Genève
3-18 mars	Commission Economique pour l'Europe, huitième session	Genève
12-25 mars	OMM : Commission de Climatologie, première session	Washington, D.C.
16-25 mars	Bureau de l'Assistance technique, 23e réunion	New York
16 mars - 3 avril	Conseil Economique et Social : Commission de la Condition de la Femme, septième session	New York
19-26 mars	FISE : Conseil d'administration, 103e - 110e réunions	New York
21-24 mars	FISE : Comité du Programme, 158e - 161e réunions	New York
23 mars - 2 avril	Comité de l'Assistance technique, 29e - 37e séances	New York
30 mars - 3 avril	ONU/UNESCO : Conférence mixte pour l'étude des problèmes sociaux liés à l'exécution des programmes d'assistance technique	New York
30 mars - 24 avril	Conseil Economique et Social : Commission des Stupéfiants, huitième session	New York
31 mars - 28 avril	Conseil Economique et Social, 15e session	New York
7 avril - 1er juin	Conseil Economique et Social : Commission des Droits de l'Homme, neuvième session	Genève

8-14 avril	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif pour les Questions administratives, 14e session	Rome
8-18 avril	UNESCO : Conseil Exécutif, 33e session	Paris
9-25 avril	Commission Economique pour l'Amérique Latine, cinquième session	Pétropolis, Brésil
13-18 avril	Commission Economique pour l'Europe: Comité des Transports intérieurs, Groupe de travail du transport par route des marchandises dangereuses, quatrième session	Genève
15-24 avril	Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : Comité permanent, quatrième session	Rome
20-23 avril	UNESCO : Comité consultatif international de Bibliographie, première session	Paris
20-24 avril	Commission Economique pour l'Europe: Comité des Transports intérieurs, Groupe de travail d'experts en documents statistiques	Genève
22-23 avril	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif de l'Information, 18e session	Rome
27-30 avril	Comité consultatif du Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés, troisième session	Genève
27 avril - 8 mai	Conseil Economique et Social : Commission des Finances publiques, quatrième session	New York
4-20 mai	Conseil Economique et Social : Commission des Questions sociales, neuvième session	New York
11-14 mai	UNESCO : Comité consultatif de Recherches sur la Zone aride, cinquième session	Paris
18-20 et 22 mai	Comité administratif de Coordination : Comité préparatoire, 23e session	Genève
18-27 mai	Bureau de l'Assistance technique, 24e réunion	Genève
25-27 mai	Comité administratif de Coordination, 16e session	Genève
29-30 mai	OIT : Conseil d'administration, 122e session	Genève
4-25 juin	OIT : Conférence internationale du travail, 36e session	Genève
8-26 juin	ONU/OIT/UNESCO (avec la coopération de la FAO et de l'OMS) : Réunion d'experts pour la définition et l'évaluation des niveaux de vie sur le plan international	New York
15-19 juin	Conseil Economique et Social : Commission de Statistique/Commission Economique pour l'Europe, troisième réunion régionale de statisticiens européens	Genève
15-20 juin	FAO : Réunion sur les problèmes de la santé animale au Proche-Orient	Prodhromos, Chypre
16 juin - 21 juillet	Conseil de Tutelle, 12e session	New York
18-19 juin	Comité administratif de Coordination : Conseil du Cinéma des Nations Unies, 20e session	Genève
30 juin - 5 août	Conseil Economique et Social, 16e session	Genève
6-15 juillet	UNESCO/Bureau international de l'Education : XVIe Conférence internationale de l'Instruction publique	Genève
6-18 juillet	Comité central permanent de l'Opium et Organe de Contrôle des Stupéfiants, neuvième session mixte	Genève
9-11 juillet	Comité administratif de Coordination : Réunion spéciale sur les programmes sociaux internationaux au niveau des collectivités	Genève
16 juillet - 6 août	Bureau de l'Assistance technique, 25e réunion	Genève
22-30 juillet	Comité de l'Assistance technique, 38e - 51e séances	Genève
27 juillet - 21 août	UNESCO : Stage d'études sur le développement des bibliothèques publiques en Afrique	Ibadan, Nigeria
30 juillet	Comité administratif de Coordination : Comité préparatoire, 24e session	Genève
3-4 août	Comité administratif de Coordination : Réunion spéciale sur les programmes envisagés en 1954/1955 pour l'aménagement des collectivités	Genève
11-15 août	ONU/OIT : Quatrième conférence des organisations non gouvernementales intéressées aux problèmes de migration	Genève
18 août - 8 sept.	ONU : Comité des Renseignements relatifs aux Territoires non autonomes	New York
31 août - 25 sept.	UNESCO : Stage d'études sur l'emploi des auxiliaires visuels dans l'éducation de base	Messine, Sicile
1er - 8 sept.	FAO : Troisième réunion régionale du Proche-Orient sur les programmes et les perspectives alimentaires et agricoles	Le Caire

3-5 sept.	ONU : Conférence régionale des organisations non gouvernementales européennes	Genève
8-16 sept.	FISE : Conseil d'administration, 111e - 117e réunions	New York
9-11 sept.	Comité de l'Assistance technique, Groupe de travail (examen des dépenses locales à la charge des gouvernements)	New York
9-18 sept.	ONU : Réunion régionale sur la formation professionnelle des travailleurs sociaux auxiliaires et des travailleurs des centres sociaux de collectivités dans le Moyen-Orient	Beyrouth
10-14 sept.	FISE : Comité du Programme, 163e - 169e réunions	New York
14-15 sept.	Bureau de l'Assistance technique, 26e réunion	Paris
14-16 sept.	ONU : Conférence mondiale de la population, Commission préparatoire, deuxième session	Rome
14-25 sept.	OIT : Conférence régionale asienne	Tokyo
15 sept. - 9 déc.	ONU : Assemblée générale, huitième session	New York
16-17 sept.	Bureau de l'Assistance technique : Réunion des commissions nationales de l'assistance technique	Paris
29 sept. - 1er oct.	Comité administratif de Coordination : Comité préparatoire, 25e session	New York
5-6 oct.	Commission Economique pour l'Europe : Comité de l'Industrie et des Produits de base, Sous-Comité de l'Habitat, Groupe de travail du coût de la construction	Genève
5-8 oct.	Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient : Comité de l'Industrie et du Commerce, Sous-Comité de l'Energie électrique, troisième session	Bangkok
5-14 oct.	OIT : Conférence maritime asienne	Nuwara Eliya, Ceylan
6-8 oct.	Comité administratif de Coordination, 17e session	New York
6-26 oct.	OMM : Comité exécutif, quatrième session	Genève
6-27 oct.	UNESCO : Stage d'études et d'information à l'intention des cadres des mouvements de jeunesse	Tokyo
7-10 oct.	Commission Economique pour l'Europe : Comité de l'Industrie et des Produits de base, Sous-Comité de l'Habitat, septième session	Genève
14 oct.	ONU : Réunion des organisations non gouvernementales intéressées aux problèmes de migration	New York
27 oct.	FISE : Conseil d'administration, 118e réunion	New York
3-6 nov.	UNESCO : Comité consultatif de Recherches sur la Zone aride, sixième session	Montpellier, France
5-6 nov.	Comité administratif de Coordination : Conseil du Cinéma des Nations Unies, 21e session	New York
7-10 nov.	UNESCO : Colloque sur l'écologie végétale de la zone aride	Montpellier, France
9-11 nov.	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif de l'Information, 19e session	New York
12-13 nov.	Quatrième conférence de l'assistance technique des Nations Unies	New York
16-20 nov.	Comité de l'Assistance technique, Groupe de travail	New York
23 nov. - 11 déc.	FAO : Conférence, septième session	Rome
24-27 nov.	OIT : Conseil d'administration, 123e session	Genève
30 nov. - 1er et 7 déc.	Conseil Economique et Social, reprise de la 16e session	New York
30 nov. - 11 déc.	UNESCO : Conseil Exécutif, 36e session	Paris
1er - 12 déc.	ONU : Réunion régionale sur la formation professionnelle des travailleurs sociaux auxiliaires et des travailleurs des centres sociaux de collectivités en Amérique latine	Bogota
4 déc.	Comité administratif de Coordination : Groupe de travail technique pour les migrations, sixième session	Genève
5-17 déc.	ONU : Groupe régional consultatif sur la prévention de la criminalité et le traitement des délinquants	Le Caire
7-19 déc.	OIT : Comité d'experts pour la politique sociale dans les territoires non métropolitains, troisième session	Lisbonne
7-18 déc.	Bureau de l'Assistance technique, 27e réunion	New York

Annexe 7

CONFÉRENCES ET RÉUNIONS CONVOQUÉES EN 1953 PAR DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET D'AUTRES ORGANISATIONS, ET AUXQUELLES L'OMS A ÉTÉ REPRÉSENTÉE

3-6 janv.	Indian Leprosy Association, première réunion bisannuelle	Puri
8-9 janv.	Centre international de l'Enfance, réunion d'un groupe de travail OMS/FISE/CIE pour examiner le programme du centre	Paris
28-31 janv.	Central Health Council of India, conférence	Hyderabad
31 janv. - 1er fév.	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, Bureau du Comité exécutif	Paris
1er-6 fév.	Fédération mondiale pour la Santé mentale, Conseil exécutif, 13e réunion	Londres
2 fév.	Dixième conférence indienne du personnel des services de lutte contre la tuberculose	Mysore
8 fév.	Centre international de l'Enfance, groupe de travail de l'enseignement	Paris
13-14 fév.	New York Academy of Sciences, conférence sur les facteurs nutritionnels dans les affections hépatiques	New York
16-19 fév.	Société égyptienne d'Ophtalmologie, congrès jubilaire	Le Caire
17-20 fév.	Comité d'entente des écoles d'infirmières françaises et de l'Union française: Ecole de cadres de la Croix-Rouge, journées d'études	Sèvres, France
27-28 fév.	Social Science Research Council, conférence sur la santé publique et les recherches de zone	New York
27-28 fév.	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, Comité exécutif, 13e session	Paris
28 fév. - 3 mars	Conseil scientifique pour l'Afrique au sud du Sahara	Kampala, Ouganda
7-8 mars	Institut d'études juridiques de Nice, réunion d'information de droit international médical	Nice
8-12 mars	Société uruguayenne de Rhumatologie, réunions sur la rhumatologie	Montevideo
19-20 mars	Association médicale mondiale, comité d'organisation de la première conférence mondiale de l'enseignement médical, quatrième session	Londres
22-27 mars	Association médicale mondiale, 17e session du Conseil	Lisbonne
24-26 mars	Centre national de coordination des études et recherches sur la nutrition et l'alimentation, journées scientifiques	Paris
27-28 mars	Union internationale contre la Tuberculose, Comité exécutif	Paris
4-6 avril	Association dentaire indonésienne, troisième congrès annuel	Djokjakarta
6-7 avril	National Citizens Committee for the World Health Organization, conférence nationale sur la santé mondiale	Washington, D.C.
7-15 avril	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, stage d'études pour les éducateurs sur l'enseignement relatif aux Nations Unies et aux institutions spécialisées	Monrovia
8-10 avril	United States/Mexico Border Public Health Association, 11e réunion annuelle	El Paso, Texas
9-17 avril	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, premier stage d'études sur les droits de l'homme	Genève
14-27 avril	Commission du Pacifique Sud, deuxième conférence du Pacifique Sud	Nouméa
16-24 avril	Comité intergouvernemental pour les Migrations européennes, cinquième session	Genève
17 avril	Association égyptienne des Parasitologistes, session semestrielle	Le Caire
19-26 avril	Association médicale des Philippines, 50e congrès annuel	Manille
21-26 avril	Union internationale contre le Péril vénérien, assemblée générale	Rotterdam
25 avril	Association européenne contre la Poliomyélite, assemblée générale	Rotterdam

28 avril - 1er mai	Royal Sanitary Institute, congrès de la santé	Hastings, Angleterre
30 avril - 1er mai	American Venereal Disease Association, 15e session annuelle, et symposium sur les progrès récemment accomplis dans l'étude des maladies vénériennes	Washington, D.C.
4-8 mai	American Psychiatric Association, 109e réunion annuelle	Los Angeles, Californie
4-9 mai	Office international des Epizooties, 21e session annuelle	Paris
4-14 mai	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, cinquième stage d'études sur la santé mondiale	Genève
25-30 mai	Huitième congrès international des hôpitaux	Londres
27-31 mai	Union internationale pour l'Education sanitaire populaire, deuxième conférence	Paris
29-30 mai	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, réunion sur l'organisation des congrès	Paris
5 juin	Centre international de l'Enfance, groupe de travail de la bibliothèque et du centre de documentation	Paris
7-18 juin	Commission du Pacifique Sud, Conseil de Recherche, cinquième réunion	Sydney
20 juin	Centre international de l'Enfance, groupe de travail des publications	Paris
22 juin	Organisation internationale contre le Trachome, réunion du Conseil	Paris
22 juin	Ligue contre le Trachome, assemblée générale	Paris
24-27 juin	Conseil international des Infirmières, réunion du Conseil de la Fondation internationale Florence Nightingale	Londres
25-30 juin	Conseil international du Bâtiment pour la recherche, l'étude et la documentation, première assemblée générale	Genève
29-30 juin	Centre international de l'Enfance, réunion de travail sur la vaccination antituberculeuse	Paris
29 juin - 1er juillet	Cinquième conférence des organisations consultatives non gouvernementales	Genève
1er- 4 juillet	British Tuberculosis Association/Tuberculosis Society of Scotland, conférence annuelle	Edimbourg
5-10 juillet	Fédération internationale des femmes des carrières libérales et commerciales, sixième congrès trisannuel	Stockholm
6-7 juillet	Centre international de l'Enfance, Comité consultatif technique, septième session	Paris
6-10 juillet	Cambridge University, Department of Human Ecology/Fondation Rockefeller, colloque sur l'écologie humaine	Cambridge, Angleterre
7-10 juillet	Conférence internationale de Service social, Comité exécutif	Bruxelles
9-10 juillet	Conseil international des Infirmières, Grand Conseil	São Paulo
12-17 juillet	Conseil international des Infirmières, dixième congrès quadriennal	Pétropolis, Brésil
13-18 juillet	Family Planning Research and Programme Committee of India	Bombay
14-20 juillet	Union internationale contre le Cancer, Comité de nomenclature des tumeurs et de statistiques	Copenhague
19-24 juillet	Septième congrès international de radiologie	Copenhague
20-23 juillet	American Veterinary Medical Association, 90e réunion annuelle	Toronto
20-25 juillet	Premier congrès international sur les bibliothèques médicales	Londres
26 juillet - 1er août	Fédération dentaire internationale, 41e réunion annuelle	Oslo
27-28 juillet	Union internationale contre le Péril vénérien, Comité exécutif, réunion spéciale	Genève
28 juillet - 5 août	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, septième école d'été annuelle	Genève
30 juillet	Association for Moral and Social Hygiene in India, sous-comité sanitaire	New Delhi
9-15 août	Quinzième congrès international vétérinaire	Stockholm
12 août	Commission on Plasma Fractionation and Related Processes, réunion du comité spécial	Boston, Mass.
12-23 août	Union mondiale des Femmes rurales, septième conférence trisannuelle	Toronto
16-22 août	Fédération mondiale pour la Santé mentale, sixième réunion annuelle	Vienne, Autriche
17 août	Association médicale mondiale, comité d'organisation de la première conférence mondiale sur l'enseignement médical, cinquième session	Londres
18-21 août	Association médicale mondiale, 18e session du Conseil	Londres

24-28 août	Huitième congrès international des maladies rhumatismales	Genève
27 août - 6 sept.	Pro Juventute, cinquième congrès international du bâtiment scolaire et de l'éducation de plein air	Zurich
28 août - 4 sept.	Cinquièmes congrès internationaux de médecine tropicale et de paludisme	Istanbul
31 août - 5 sept.	Association médicale mondiale, septième assemblée générale	La Haye
1er-5 sept.	Troisième conférence internationale de biométrie	Bellagio, Italie
2-4 sept.	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies/Association japonaise pour les Nations Unies, stage d'études régional sur l'OMS	Tokyo
6-12 sept.	Institut international de Statistique, 28e session	Rome
6-12 sept.	Sixième congrès international de microbiologie	Rome
7-12 sept.	Fédération mondiale de Médecine physique, premier congrès international	Londres
7-13 sept.	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, huitième assemblée plénière	Paris
10-12 sept.	Union internationale contre la Tuberculose, réunion du Conseil et session scientifique	Paris
13-20 sept.	Fédération internationale pharmaceutique, 15e assemblée générale	Paris
15-17 sept.	Symposium sur l'hygiène industrielle	Bombay
21-23 sept.	Quatrième congrès international d'hygiène et de médecine méditerranéennes	Barcelone
24-26 sept.	Œuvre nationale de l'Enfance, congrès pour l'étude de la mortalité périnatale	Bruxelles
27 sept. - 3 oct.	Association internationale de droit pénal, sixième congrès	Rome
28-30 sept.	Ligue des Etats arabes, Commission des Questions sanitaires	Le Caire
3-10 oct.	Sixième congrès international sur la lèpre	Madrid
5-8 oct.	Organisation Sanitaire Panaméricaine, Comité exécutif, 20e réunion	Washington, D.C.
8-16 oct.	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, stage d'études pour les éducateurs sur l'enseignement relatif aux Nations Unies et aux institutions spécialisées	Mogadiscio
12-17 oct.	Septième congrès international de pédiatrie	La Havane
14-18 oct.	Bureau international de Documentation de Médecine militaire, 16e session	Rome
22 oct.	Organisation Sanitaire Panaméricaine, Comité exécutif, 21e réunion	Washington, D.C.
24-25 oct.	American Medical Association/American Psychiatric Association, conférence sur la santé mentale	Washington, D.C.
26-27 oct.	Centre international de l'Enfance, Comité consultatif technique, huitième session	Paris
26-29 oct.	Association of American Medical Colleges, réunion annuelle	Atlantic City, N.J.
28 oct. - 15 déc	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies/Association italienne pour les Nations Unies, colloque sur l'organisation internationale et les problèmes de la santé	Rome
5-6 nov.	New York Academy of Medicine, conférence sur la convergence des vues exprimées au sujet de l'étiologie des maladies mentales	New York
6-7 nov.	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, Comité exécutif, 14e session	Paris
7-8 nov.	American Public Health Association, Sous-Commission pour la lutte contre les maladies transmissibles	New York
9-13 nov.	American Public Health Association, 81e réunion annuelle	New York
9-14 nov.	Trained Nurses Association of India, 42e conférence annuelle	Nagpur, Inde
9-16 nov.	Conférence internationale sur la lèpre	Lucknow, Inde
10-11 nov.	Congrès de la Société franco-libanaise de Médecine	Beyrouth
16-19 nov.	Fédération mondiale des Anciens Combattants, quatrième assemblée générale	La Haye
16-28 nov.	Huitième congrès de l'Association scientifique du Pacifique	Manille
20-21 nov.	Dairy Industries Society, International, congrès mondial sur l'utilisation du lait	Washington, D.C.
22 nov. - 1er déc.	Indian Council of Medical Research, réunion de la commission consultative et des comités consultatifs	Gwalior, Inde
6-19 déc.	Cinquième conférence internationale des Africanistes de l'Ouest	Abidjan, A.-O. F.

Annexe 8

CALENDRIER PROVISOIRE DES RÉUNIONS CONSTITUTIONNELLES DE L'OMS EN 1954

12 janvier	Conseil Exécutif, treizième session	Genève
4 mai	Septième Assemblée Mondiale de la Santé	Genève
Fin mai	Conseil Exécutif, quatorzième session	Genève
13-16 septembre	Comité régional de l'Europe, quatrième session	Opatija, Yougoslavie
Troisième semaine de septembre	Comité régional de l'Afrique, quatrième session	Léopoldville
Septembre	Comité régional de l'Asie du Sud-Est, septième session	New Delhi
Septembre	Comité régional du Pacifique occidental, cinquième session	Manille
Octobre	Comité régional des Amériques, sixième session, et Conseil de Direction de l'OSP, huitième session	Santiago, Chili
Septembre	Comité régional de la Méditerranée orientale, quatrième session (ou première session de ses sous-comités)	*Ville non désignée*

Annexe 9

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ADMISES A DES RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS

Académie internationale de Médecine légale et de Médecine sociale,
Bordeaux, France

American College of Chest Physicians,
Chicago, Illinois, Etats-Unis d'Amérique

Association internationale des Microbiologistes,
Rome, Italie

Association internationale de Pédiatrie,
Zurich, Suisse

Association internationale de Prophylaxie de la Cécité,
Paris, France

Association médicale mondiale,
New York, Etats-Unis d'Amérique

Comité international de la Croix-Rouge,
Genève, Suisse

Conférences internationales de Service social,
Columbus, Ohio, Etats-Unis d'Amérique

Conseil central de l'Education sanitaire,
Londres, Royaume-Uni

Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales,
Paris, France

Conseil international des Infirmières,
Londres, Royaume-Uni

Fédération dentaire internationale,
Londres, Royaume-Uni

Fédération internationale de l'Habitation et de l'Urbanisme,
La Haye, Pays-Bas

Fédération internationale des Hôpitaux,
Londres, Royaume-Uni

Fédération internationale pharmaceutique,
Amsterdam, Pays-Bas

Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies
Genève, Suisse

Fédération mondiale pour la Santé mentale,
Londres, Royaume-Uni

Inter-American Association of Sanitary Engineering,
Rio de Janeiro, Brésil

Ligue internationale contre le Rhumatisme,
Philadelphie, Etats-Unis d'Amérique

Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge,
Genève, Suisse

Société de Biométrie,
New Haven, Connecticut, Etats-Unis d'Amérique

Société internationale de la Lèpre,
Londres, Royaume-Uni

Société internationale pour la Protection des Invalides,
New York, Etats-Unis d'Amérique

Union internationale contre le Cancer,
Paris, France

Union internationale contre le Péril vénérien,
Paris, France

Union internationale de Protection de l'Enfance,
Genève, Suisse

Union internationale contre la Tuberculose,
Paris, France

Annexe 10

BUDGET ORDINAIRE DE 1953

Section	*Affectation des crédit*	*Montant original voté* [1] US$	*Virements autorisés par le Conseil Exécutif* [2] US$	*Montant total revisé* US$
	PARTIE I : RÉUNIONS CONSTITUTIONNELLES			
1.	Assemblée Mondiale de la Santé	154.400	12.900	167.300
2.	Conseil Exécutif et ses comités	77.680	8.270	85.950
3.	Comités régionaux	34.750	8.650	43.400
	Total de la Partie I	266.830	29.820	296.650
	PARTIE II : PROGRAMME D'EXÉCUTION			
4.	Services techniques centraux	1.563.866	(62.707)	1.501.159
5.	Services consultatifs	4.285.141	64.520	4.349.661
6.	Bureaux régionaux	1.052.371	63.224	1.115.595
7.	Comités d'experts et conférences	184.178		184.178
	Total de la Partie II	7.085.556	65.037	7.150.593
	PARTIE III : SERVICES ADMINISTRATIFS			
8.	Services administratifs	1.132.709	(94.857)	1.037.852
	Total de la Partie III	1.132.709	(94.857)	1.037.852
	TOTAL DES PARTIES I, II ET III	8.485.095	—	8.485.095
	PARTIE IV : RÉSERVE			
9.	Réserve non répartie [3]	1.347.659	—	1.347.659
	Total de la Partie IV	1.347.659	—	1.347.659
	TOTAL DE TOUTES LES PARTIES	9.832.754	—	9.832.754

[1] Voté par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé (résolution WHA5.37, *Actes off. Org. mond. Santé*, **42**, 28)

[2] Virements autorisés par le Conseil Exécutif à sa onzième session (résolution EB11.R36, *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**, 14) et par les membres du Conseil Exécutif consultés par correspondance, conformément au paragraphe IV de la résolution portant ouverture de crédits pour 1953 (résolution WHA5.37)

[3] Ce montant est égal à la somme des contributions fixées pour les Membres inactifs.

Annexe 11

ÉTAT DES CONTRIBUTIONS ET AVANCES AU FONDS DE ROULEMENT

(au 31 décembre 1953)

1. État des contributions fixées pour 1953

(En dollars des Etats-Unis)

Membres	Sommes fixées	Encaissements et crédits bonifiés	Sommes restant à payer
I. Membres actifs			
A. Contributions courantes			
Afghanistan	4.201	4.201	—
Allemagne, République fédérale d'	270.955	270.955	—
Arabie Saoudite	7.002	7.002	—
Argentine	155.432	—	155.432
Australie	158.723	158.723	—
Autriche	11.903	11.903	—
Belgique	113.423	113.423	—
Birmanie	4.201	4.201	—
Bolivie	7.002	—	7.002
Brésil	155.432	155.432	—
Cambodge	3.501	3.501	—
Canada	268.854	268.854	—
Ceylan	3.501	3.501	—
Chili	37.807	28.734	9.073
Corée	3.501	—	3.501
Costa Rica	3.501	3.501	—
Cuba	24.505	—	24.505
Danemark	66.513	66.513	—
Egypte	66.513	66.513	—
Equateur	4.201	—	4.201
Espagne	92.418	—	92.418
Etats-Unis d'Amérique	2.993.400	2.993.400	—
Ethiopie	7.002	7.002	—
Finlande	11.903	11.903	—
France	504.102	501.538	2.564
Grèce	14.002	14.002	—
Guatemala	4.201	4.201	—
Haïti	3.501	3.501	—
Honduras	3.501	3.501	—
Inde	273.055	273.055	—
Indonésie	28.006	28.006	—
Irak	14.002	14.002	—
Iran	37.807	—	37.807
Irlande	30.106	30.106	—
Islande	3.476	3.476	—
Israël	9.802	—	9.802
Italie	176.436	176.436	—
Japon	149.830	149.830	—
Jordanie, Royaume Hachimite de	3.501	3.501	—
Laos	3.501	3.501	—
Liban	4.901	—	4.901
Libéria	3.501	3.501	—
Libye, Royaume-Uni de	3.501	3.501	—
Luxembourg	4.201	4.201	—

Membres	Sommes fixées	Encaissements et crédits bonifiés	Sommes restant à payer
I. Membres actifs (suite)			
A. Contributions courantes (suite)			
Maroc,* zones espagnole et française	2.101	2.101	—
Mexique	53.211	53.211	—
Monaco	3.476	3.476	—
Népal	6.952	—	6.952
Nicaragua	3.501	—	3.501
Norvège	42.008	42.008	—
Nouvelle-Zélande	37.735	37.735	—
Pakistan	58.812	58.812	—
Panama	4.201	4.201	—
Paraguay	3.501	—	3.501
Pays-Bas	117.623	117.623	—
Pérou	16.803	—	16.803
Philippines	24.505	24.505	—
Portugal	32.907	32.907	—
République Dominicaine	4.201	4.201	—
Rhodésie du Sud *	2.101	2.101	—
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	964.796	964.796	—
Salvador	4.201	4.201	—
Suède	139.544	139.544	—
Suisse	84.017	84.017	—
Syrie	9.802	—	9.802
Thaïlande	22.404	22.404	—
Tunisie *	2.101	2.101	—
Turquie	76.315	76.315	—
Union Sud-Africaine	93.819	93.819	—
Uruguay	15.403	—	15.403
Venezuela	22.404	22.404	—
Viet-Nam	17.504	17.504	—
Yémen	3.476	—	3.476
Yougoslavie	28.006	28.006	—
TOTAL A	7.647.757	7.237.113	401.644 (= 4,57 %)
B. Contributions spéciales			
Chine	504.102	—	504.102
TOTAL B	504.102	—	504.102 (= 5,61 %)
TOTAL I	8.151.859	7.237.113	914.746 (= 10,18 %)
II. Membres inactifs			
Albanie	3.501	—	3.501
Biélorussie, RSS de	18.203	—	18.203
Bulgarie	11.903	—	11.903
Hongrie	16.803	—	16.803
Pologne	79.816	—	79.816
Roumanie	29.406	—	29.406
Tchécoslovaquie	75.615	—	75.615
Ukraine, RSS d'	70.714	—	74.714
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	532.808	—	532.808
TOTAL II	838.769	—	838.769 (= 9,33 %)
TOTAL GÉNÉRAL	8.990.628	7.237.113	1.753.515 (= 19,51 %)

* Membre associé

2. ÉTAT DES AVANCES AU FONDS DE ROULEMENT
(En dollars des Etats-Unis)

Etats	Sommes fixées	Sommes reçues	Sommes restant à payer
I. Membres actifs			
A. Avances courantes			
Afghanistan	1.506	1.506	—
Allemagne, République fédérale d'	97.598	97.598	—
Arabie Saoudite	2.510	2.510	—
Argentine	55.715	55.715	—
Australie	59.228	59.228	—
Autriche	5.521	5.521	—
Belgique	40.657	40.657	—
Birmanie	1.506	1.506	—
Bolivie	3.203	819	2.384
Brésil	55.715	55.715	—
Cambodge	1.602	1.602	—
Canada	96.371	96.371	—
Ceylan	1.255	1.255	—
Chili	13.552	13.552	—
Corée	3.203	3.203	—
Costa Rica	1.471	1.471	—
Cuba	11.212	11.212	—
Danemark	23.841	23.841	—
Egypte	23.841	23.841	—
Equateur	1.765	1.765	—
Espagne	33.289	33.289	—
Etats-Unis d'Amérique	1.201.378	1.201.378	—
Ethiopie	2.510	2.510	—
Finlande	4.267	4.267	—
France	180.696	180.696	—
Grèce	5.020	5.020	—
Guatemala	1.922	1.922	—
Haïti	1.255	1.255	—
Honduras	1.471	1.471	—
Inde	97.877	97.877	—
Indonésie	12.813	12.813	—
Irak	5.020	5.020	—
Iran	13.552	13.552	—
Irlande	10.791	10.791	—
Islande	1.255	1.255	—
Israël	4.485	4.485	—
Italie	63.244	63.244	—
Japon	53.969	53.969	—
Jordanie, Royaume Hachimite de	1.255	1.255	—
Laos	1.602	1.602	—
Liban	2.059	2.059	—
Libéria	1.255	1.255	—
Libye, Royaume-Uni de	1.261	1.261	—
Luxembourg	1.765	1.765	—
Maroc,* zones espagnole et française	757	757	—
Mexique	19.073	19.073	—
Monaco	1.255	1.255	—
Népal	2.522	—	2.522
Nicaragua	1.602	1.602	—
Norvège	15.058	15.058	—
Nouvelle-Zélande	15.058	15.058	—
Pakistan	21.081	21.081	—
Panama	1.922	1.922	—
Paraguay	1.471	1.471	—
Pays-Bas	42.163	42.163	—
Pérou	7.688	7.688	—

* Membre associé

Etats	Sommes fixées	Sommes reçues	Sommes restant à payer
I. Membres actifs (suite)			
A. Avances courantes (suite)			
Philippines	8.784	8.784	—
Portugal	11.795	11.795	—
République Dominicaine	1.506	1.506	—
Rhodésie du Sud *	961	961	—
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	345.832	345.832	—
Salvador	1.506	1.506	—
Suède	61.486	61.486	—
Suisse	30.116	30.116	—
Syrie	3.514	3.514	—
Thaïlande	8.031	8.031	—
Tunisie *	757	757	—
Turquie	27.355	27.355	—
Union Sud-Africaine	33.629	33.629	—
Uruguay	6.472	6.472	—
Venezuela	8.031	8.031	—
Viet-Nam	8.009	8.009	—
Yémen	1.261	—	1.261
Yougoslavie	10.038	10.038	—
TOTAL A	2.904.016	2.897.849	6.167 (= 0,18 %)
B. Avances spéciales			
Chine	180.696	—	180.696
TOTAL B	180.696	—	180.696 (= 5,34 %)
TOTAL I	3.084.712	2.897.849	186.863 (= 5,52 %)
II. Membres inactifs			
Albanie	1.255	679	576
Biélorussie, RSS de	6.525	—	6.525
Bulgarie	4.267	2.310	1.957
Hongrie	6.023	3.100	2.923
Pologne	28.610	15.488	13.122
Roumanie	10.541	5.706	4.835
Tchécoslovaquie	27.104	14.673	12.431
Ukraine, RSS d'	25.347	—	25.347
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	190.985	—	190.985
TOTAL II	300.657	41.956	258.701 (= 7,64 %)
TOTAL GÉNÉRAL	3.385.369	2.939.805	445.564 (= 13,16 %)

* Membre associé

3. ARRIÉRÉS DES CONTRIBUTIONS DUES PAR LES MEMBRES ACTIFS DE 1948 À 1952 [1]
(En dollars des Etats-Unis)

	Sommes restant à payer				
	1948	1950	1951	1952	Total
I. Membres actifs					
Argentine	—	25.554	131.371	161.336	318.261
Bolivie	—	5.870	5.917	7.267	19.054
Cuba	—	—	10.548	25.436	35.984
Equateur	—	—	3.261	4.359	7.620
Espagne	—	—	77.265	93.896	171.161
Iran	—	—	6.216	39.244	45.460
Israël	—	—	—	7.675	7.675
Paraguay	—	—	2.959	3.634	6.593
Pérou	—	2.211	14.202	17.442	33.855
Uruguay	—	12.345	13.019	15.988	41.352
II. Etat non membre					
Colombie	7.504	—	—	—	7.504
TOTAL	7.504 (= 0,24 %)	45.980 (= 0,64 %)	264.758 (= 3,53 %)	376.277 (= 4,19 %)	694.519

[1] Le tableau indique également les arriérés dus par un Etat non membre.

4. ARRIÉRÉS DES CONTRIBUTIONS DUES PAR LA CHINE DE 1948 À 1952
(En dollars des Etats-Unis)

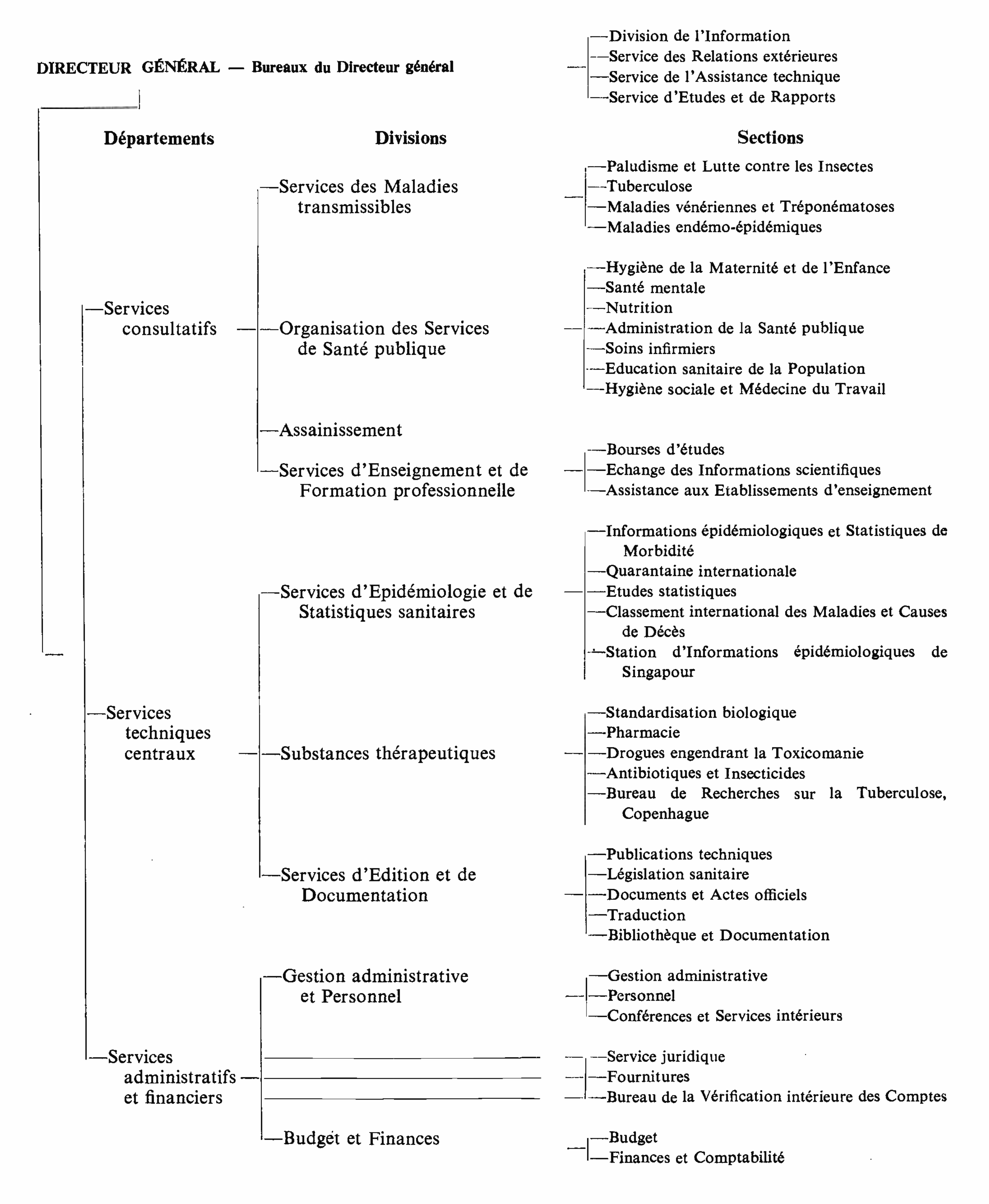
	1948	1949	1950	1951	1952	Total
Chine	57.073 (= 1,80 %)	288.515 (= 5,72 %)	422.702 (= 5,95 %)	426.070 (= 5,68 %)	523.250 (= 5,83 %)	1.717.610

5. ARRIÉRÉS DES CONTRIBUTIONS DUES PAR LES MEMBRES INACTIFS DE 1948 À 1952
(En dollars des Etats-Unis)

Membres	Sommes restant à payer					
	1948	1949	1950	1951	1952	Total
Albanie	—	2.004	2.935	2.959	3.634	11.532
Biélorussie, RSS de	6.575	10.418	15.265	15.386	18.896	66.540
Bulgarie	3.304	6.812	9.980	10.060	12.355	42.511
Hongrie	6.069	9.617	14.090	14.202	17.442	61.420
Pologne	—	45.681	66.928	67.462	82.848	262.919
Roumanie	—	15.857	24.658	24.855	30.523	95.893
Tchécoslovaquie	—	39.927	63.406	63.911	78.488	245.732
Ukraine, RSS d'	25.541	40.472	59.296	59.768	73.401	258.478
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	192.440	304.945	446.772	450.333	553.045	1.947.535
TOTAL	233.929 (= 7,37 %)	475.733 (= 9,42 %)	703.330 (= 9,91 %)	708.936 (= 9,46 %)	870.632 (= 9,70 %)	2.992.560

Annexe 12

STRUCTURE DU SECRÉTARIAT DU SIÈGE



Annexe 13

FONCTIONNAIRES SUPÉRIEURS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (31 décembre 1953)

M. G. Candau	Directeur général
Pierre Dorolle	Directeur général adjoint

BUREAUX DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

J. Handler	Directeur	Division de l'Information
P. M. Kaul	Directeur	Service des Relations extérieures
P. M. Kaul	Directeur	Service de l'Assistance technique
N. Sinai	Directeur	Service d'Etudes et de Rapports

DÉPARTEMENT DES SERVICES CONSULTATIFS

V. Sutter	Sous-Directeur général	
W. Bonne	Directeur	Division des Services des Maladies transmissibles
J. S. Peterson	Directeur	Division de l'Organisation des Services de Santé publique
H. G. Baity	Directeur	Division de l'Assainissement
E. Grzegorzewski	Directeur	Division des Services d'Enseignement et de Formation professionnelle

DÉPARTEMENT DES SERVICES TECHNIQUES CENTRAUX

H. S. Gear	Sous-Directeur général	
M. Pascua	Directeur-Conseiller	Statistiques sanitaires
Y. Biraud	Directeur	Division des Services d'Epidémiologie et de Statistiques sanitaires
W. Timmerman	Directeur	Division des Substances thérapeutiques
N. Howard-Jones	Directeur	Division des Services d'Edition et de Documentation

DÉPARTEMENT DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

M. P. Siegel	Sous-Directeur général	
H. C. Grant	Directeur	Division de la Gestion administrative et du Personnel
E. Renlund	Directeur	Division du Budget et des Finances

BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE — Brazzaville

F. Daubenton — Directeur

BUREAU RÉGIONAL DES AMÉRIQUES — Washington, D.C.

F. Soper — Directeur

BUREAU RÉGIONAL DE L'ASIE DU SUD-EST — New Delhi

C. Mani	Directeur
S. Chellappah	Directeur adjoint

BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE — Genève (provisoirement)

N. Begg	Directeur
G. Montus	Directeur adjoint

BUREAU RÉGIONAL DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE — Alexandrie

A. T. Shousha	Directeur
A. H. Taba	Directeur adjoint

BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL — Manille

I. Fang	Directeur
T. Gan	Directeur adjoint

Annexe 14

EFFECTIF ET RÉPARTITION DU PERSONNEL [1]
1952-1953

Répartition	Effectif à la date du 30 novembre 1952				Effectif à la date du 30 novembre 1953			
	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire
Siège								
Personnel international . .	199				198			
Personnel local	228				226			
	427	64	—	363	424	67	—	357
Bureaux régionaux								
Afrique								
Personnel international . .	9				10			
Personnel local	7				13			
	16	—	—	16	23	1	—	22
Amériques								
Personnel international . .	31				27			
Personnel local	40				34			
	71	20	—	51	61	14	—	47
Asie du Sud-Est								
Personnel international . .	22				19			
Personnel local	74				86			
	96	25	—	71	105	29	—	76
Europe								
Personnel international . .	16				18			
Personnel local	16				23			
	32	10	—	22	41	14	—	27
Méditerranée orientale								
Personnel international . .	22				29			
Personnel local	56				60			
	78	18	1	59	89	21	—	68
Pacifique occidental								
Personnel international . .	18				22			
Personnel local	43				48			
	61	22	—	39	70	22	—	48
Personnel des équipes en mission								
Personnel international . .	330				378			
Personnel local	2				5			
	332	235	43	54	383	241	60	82
Bureau de Liaison avec les Nations Unies, New York								
Personnel international . .	3				3			
Personnel local	6				5			
	9	2	—	7	8	1	—	7
Liaison avec le FISE	3	—	—	3	4	—	1	3

[1] Non compris les experts-conseils

Répartition	Effectif à la date du 30 novembre 1952				Effectif à la date du 30 novembre 1953			
	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire
Station d'Informations épidémiologiques de Singapour								
Personnel international . .	1				1			
Personnel local	13				13			
	14	—	—	14	14	—	—	14
Bureau de Recherches sur la Tuberculose, Copenhague								
Personnel international . .	5				4			
Personnel local	52				47			
	57	—	10	47	51	—	10	41
UNWRAPRNE [2]	—	—	—	—	4	—	—	4
Centre de l'OMS pour le classement des maladies, Londres	1	—	—	1	—	—	—	—
	1.197	396	54	747	1.277	410	71	796
Personnel détaché, rétribué par le Bureau Sanitaire Panaméricain, ou sans traitement	6				9			
TOTAL GÉNÉRAL	1.203				1.286			

[2] En 1952, le personnel de l'UNWRAPRNE était compris dans les chiffres relatifs au personnel des équipes en mission.

Annexe 15

RÉPARTITION DU PERSONNEL D'APRÈS LA NATIONALITÉ [1]
au 30 novembre 1953

Pays	Catégories P.5 et au-dessus	Catégories P.1 à P.4	TOTAL	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire
Allemagne, République fédérale d'	—	3	3	2	1	—
Argentine	1	4	5	2	—	3
Australie	1	11	12	6	—	6
Autriche	—	7	7	3	1	3
Belgique	1	10	11	4	—	7
Bolivie	—	2	2	2	—	—
Brésil	1	8	9	8	—	1
Canada	2	41	43	26	—	17
Ceylan	1	3	4	3	—	1
Chili	3	8	11	7	—	4
Chine	4	8	12	6	1	5
Colombie [2]	—	5	5	3	—	2
Corée	—	1	1	1	—	—
Costa Rica	—	1	1	—	—	1
Danemark	1	41	42	13	22	7
Egypte	1	18	19	10	1	8
Equateur	—	2	2	1	—	1
Espagne	1	3	4	1	—	3
Etats-Unis d'Amérique	17	92	109	44	2	63
Finlande	—	3	3	3	—	—
France	4	51	55	12	9	34
Grèce	—	9	9	4	1	4
Haïti	—	1	1	—	—	1
Hongrie [3]	—	1	1	—	—	1
Inde	5	17	22	13	—	9
Iran	1	1	2	1	—	1
Irlande	—	9	9	5	—	4
Italie	1	16	17	8	1	8
Japon	—	1	1	—	—	1
Jordanie, Royaume Hachimite de	—	1	1	—	—	1
Liban	—	2	2	1	—	1
Luxembourg	—	3	3	2	—	1
Mexique	—	9	9	7	—	2
Norvège	1	15	16	2	10	4
Nouvelle-Zélande	1	9	10	3	2	5
Panama	—	1	1	1	—	—
Pays-Bas	4	26	30	10	3	17
Pérou	—	3	3	2	—	1
Philippines	1	5	6	5	—	1
Pologne [3]	1	2	3	—	—	3
Portugal	—	3	3	3	—	—
Roumanie [3]	—	1	1	—	—	1
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	11	130	141	66	2	73
Salvador	1	—	1	—	—	1
Suède	1	9	10	5	1	4
Suisse	—	34	34	5	1	28
Syrie	—	2	2	—	1	1
Tchécoslovaquie [3]	1	1	2	—	—	2
Union des Républiques Socialistes Soviétiques [3]	—	1	1	—	—	1
Union Sud-Africaine	2	9	11	5	1	5
Uruguay	—	1	1	—	—	1
Yougoslavie	1	2	3	1	—	2
Apatrides	—	1	1	1	—	—
TOTAL	70	647	717	307	60	350

[1] Non compris les experts-conseils et le personnel recruté localement, détaché, rétribué par le Bureau Sanitaire Panaméricain ou sans traitement

[2] Non membre

[3] Membre inactif

Annexe 16

BOURSES D'ÉTUDES ACCORDÉES EN 1953 [1]

1. RÉPARTITION SUIVANT LE PAYS D'ORIGINE DES BOURSIERS, LA SOURCE DES FONDS ET LE GENRE DES BOURSES ACCORDÉES [2]

Région et pays d'origine	Origine des fonds				Genre de bourses			
	OMS	Assistance technique	FISE	TOTAL	Inter-régionales	Régionales	Formation individuelle	Formation collective [3]
Afrique								
Afrique-Occidentale française	1	—	—	1	1	—	1	—
Bechuanaland	1	—	—	1	1	—	1	—
Congo belge	2	—	—	2	2	—	2	—
Kenya	1	—	—	1	1	—	1	—
Libéria	9 (9)	—	—	9	8	1	9	—
Nigeria	2	—	—	2	2	—	2	—
Ouganda	1	—	—	1	1	—	1	—
Rhodésie du Sud	1	—	—	1	1	—	1	—
Tanganyika	1	—	—	1	1	—	1	—
Union Sud-Africaine	7	—	—	7	7	—	7	—
Zanzibar	1	—	—	1	1	—	1	—
TOTAL POUR L'AFRIQUE	27	—	—	27	26	1	27	—
Amériques								
Antilles britanniques [4]	—	5	—	5	—	5	—	5
Antilles néerlandaises	1	—	—	1	—	1	—	1
Argentine	6	—	—	6	2	4	4	2
Bolivie	11 (8)	1	—	12	—	12	12	—
Brésil	4	—	—	4	1	3	4	—
Canada	5	—	—	5	1	4	5	—
Chili	8	2 *	—	10	3	7	8	2
Colombie	3	2	—	5	1	4	1	4
Costa Rica	4	3	—	7	1	6	2	5
Cuba	6	1	—	7	—	7	5	2
Equateur	3	3	—	6	2	4	5	1
Etats-Unis d'Amérique	9	—	—	9	—	9	9	—
Guadeloupe	—	1	—	1	—	1	—	1
Guatemala	7	1	—	8	—	8	5	3
Guyane britannique	—	—	2	2	—	2	—	2
Haïti	7	2	—	9	—	9	1	8
Hawaï	—	1	—	1	1	—	—	1
Honduras	1	—	—	1	—	1	1	—
Iles du Vent	—	4	3	7	—	7	—	7
Iles sous le Vent	—	3	2	5	—	5	—	5
Jamaïque	5	—	—	5	—	5	1	4
Martinique	—	1	—	1	—	1	—	1

[1] Il s'agit ici de toutes les bourses administrées par l'OMS, qu'elles soient imputées sur le budget ordinaire, sur les fonds de l'assistance technique pour le développement économique ou sur les fonds du FISE.

[2] Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de bourses attribuées à des étudiants.

[3] Y compris les bourses de courte durée (moins d'un mois)

[4] Bahamas et Barbade

* L'une de ces bourses a été transférée à l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies le 1er juillet 1953.

Région et pays d'origine	Origine des fonds				Genre de bourses			
	OMS	Assistance technique	FISE	TOTAL	Inter-régionales	Régionales	Formation individuelle	Formation collective[1]
Amériques *(suite)*								
Mexique	5	3	—	8	1	7	3	5
Nicaragua	4	1	—	5	—	5	2	3
Panama	3	4	—	7	—	7	4	3
Paraguay	5	2	—	7	—	7	6	1
Pérou	5	1	—	6	—	6	2	4
République Dominicaine	6	—	—	6	—	6	2	4
Salvador	5	1	—	6	—	6	3	3
Surinam	—	1	—	1	—	1	—	1
Trinité et Tobago	2	2	—	4	—	4	1	3
Uruguay	3	—	—	3	1	2	2	1
Venezuela	3	—	—	3	—	3	1	2
TOTAL POUR LES AMÉRIQUES	121	45	7	173	14	159	89	84
Asie du Sud-Est								
Afghanistan	7	1	—	8	4	4	8	—
Birmanie	10	6	—	16	7	9	13	3
Ceylan	7	6	—	13	11	2	11	2
Inde	14	9 †	3	26	26	—	20	6
Inde, Etablissements français de l'	2	—	—	2	—	2	2	—
Inde portugaise	3	—	—	3	2	1	3	—
Indonésie	13	4	—	17	14	3	14	3
Thaïlande	11	1	—	12	6	6	10	2
TOTAL POUR L'ASIE DU SUD-EST	67	27	3	97	70	27	81	16
Europe								
Allemagne, République fédérale d'	20	—	—	20	1	19	12	8
Autriche	8	12	1	21	5	16	15	6
Belgique	6	—	—	6	—	6	2	4
Danemark	13	—	—	13	4	9	6	7
Espagne	15	8	—	23	2	21	9	14
Finlande	8	10	1	19	5	14	11	8
France (y compris l'Algérie)	17	—	3	20	3	17	17	3
Grèce	3	5	1	9	—	9	3	6
Irlande	7	—	—	7	2	5	6	1
Islande	3	—	—	3	2	1	2	1
Italie	7	—	2	9	1	8	5	4
Luxembourg	1	—	—	1	—	1	—	1
Maroc (zone française)	8	1	—	9	—	9	5	4
Norvège	15	—	—	15	2	13	4	11
Pays-Bas	10	—	—	10	1	9	9	1
Portugal	7	—	—	7	—	7	5	2
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	5	—	—	5	3	2	4	1
Suède	15	—	—	15	1	14	6	9
Suisse	10	—	—	10	1	9	5	5
Trieste	—	6	—	6	—	6	5	1
Tunisie	9	2	—	11	1	10	7	4
Turquie	14	8	—	22	2	20	17	5
Yougoslavie	12	11	3	26	2	24	14	12
TOTAL POUR L'EUROPE	213	63	11	287	38	249	169	118

[1] Y compris les bourses de courte durée (moins d'un mois)

† Sept de ces bourses ont été transférées à l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies le 1er juillet 1953.

Région et pays d'origine	Origine des fonds				Genre de bourses			
	OMS [1]	Assistance technique [1]	FISE	TOTAL	Inter-régionales	Régionales	Formation individuelle	Formation collective [2]
Méditerranée orientale								
Aden	—	1	—	1	—	1	—	1
Arabie Saoudite	5 (5)	—	—	5	—	5	5	—
Chypre	—	2	—	2	—	2	—	2
Egypte	24	9	—	33	28	5	24	9
Ethiopie	16 (16)	—	—	16	5	11	16	—
Irak	10	8	1	19	10	9	14	5
Iran	25	8	—	33	26	7	22	11
Israël	10	3	—	13	13	—	11	2
Jordanie, Royaume Hachimite de	3	1	—	4	1	3	2	2
Liban	13	6	—	19	16	3	14	5
Libye, Royaume-Uni de	3 (3)	5 (2)	—	8	2	6	8	—
Pakistan	9	6	1	16	11	5	10	6
Soudan	7	1	—	8	1	7	5	3
Syrie	12	6	—	18	10	8	11	7
TOTAL POUR LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE	137	56	2	195	123	72	142	53
Pacifique occidental								
Australie	15	1	—	16	2	14	2	14
Cambodge	1	1	—	2	1	1	1	1
Chine	8	16	—	24	3	21	19	5
Corée	4	1	—	5	2	3	4	1
Hong-kong	3	3	—	6	4	2	4	2
Iles Fidji	4	1	—	5	3	2	4	1
Iles du Pacifique, Territoire sous tutelle	—	1	—	1	—	1	—	1
Japon	11	1	—	12	8	4	9	3
Laos	—	8 (8)	—	8	—	8	8	—
Macao	—	1	—	1	—	1	—	1
Malaisie	2	1	—	3	1	2	1	2
Nord-Bornéo	—	1	—	1	—	1	—	1
Nouvelle-Calédonie	—	1	—	1	—	1	—	1
Nouvelle-Guinée néerlandaise	1	2	—	3	2	1	2	1
Nouvelle-Zélande	6	1	—	7	1	6	1	6
Papua et Nouvelle-Guinée	1	1	—	2	1	1	1	1
Philippines	8	2	—	10	6	4	6	4
Sarawak	2	1	—	3	1	2	1	2
Singapour	1	2	—	3	1	2	1	2
Viet-Nam	1	1	—	2	1	1	1	1
TOTAL POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL	68	47	—	115	37	78	65	50
TOTAL POUR TOUTES LES RÉGIONS	633	238	32	894	308	586	573	321
Pourcentage	71%	26%	3%	100%	35%	65%	64%	36%

[1] Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de bourses attribuées à des étudiants.
[2] Y compris les bourses de courte durée (moins d'un mois)

2. DURÉE MOYENNE DES BOURSES

Région d'origine	Nombre de bourses	Nombre de mois	Durée moyenne (en mois)
Afrique	27	184,50	6,9
Amériques	173	932	5,3
Asie du Sud-Est	97	766	7,8
Europe	287	966,50	3,4
Méditerranée orientale	195	1.301,30	6,6
Pacifique occidental	115	589,25	5,1
POUR TOUTES LES RÉGIONS	894	4.739,55	5,5

3. RÉPARTITION DES BOURSES PAR SUJETS D'ÉTUDES [1]

Sujets d'études	Nombre de bourses		Pourcentage
ORGANISATION ET SERVICES SANITAIRES			
Administration de la santé publique			
Administration de la santé publique	114 (8)		
Administration hospitalière et administration des soins médicaux	9		
Construction d'hôpitaux et de cliniques	—		
Bibliothéconomie médicale	2		
Total partiel	125		14%
Assainissement			
Hygiène du milieu	52 (5)		
Logement et urbanisme	1		
Contrôle des denrées alimentaires	12		
Total partiel	65		8%
Soins infirmiers			
Soins infirmiers y compris l'obstétrique	46 (13)		
Soins infirmiers de santé publique et infirmières visiteuses	35		
Assistance médico-sociale	—		
Total partiel	81		9%
Hygiène de la maternité et de l'enfance			
Organisation des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance	46		
Pédiatrie et obstétrique	25		
Total partiel	71		8%
Autres services sanitaires			
Santé mentale et guidance infantile	82		
Education sanitaire	7		
Médecine du travail	20		
Nutrition et diététique	12		
Statistiques sanitaires	20		
Soins et hygiène dentaires	3		
Réadaptation	15		
Contrôle des médicaments	3		
Total partiel	162		19%
TOTAL POUR L'ORGANISATION ET LES SERVICES SANITAIRES		504	58%

[1] Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de bourses attribuées à des étudiants.

Sujets d'études	Nombre de bourses		Pourcentage
SERVICES DES MALADIES TRANSMISSIBLES			
Paludisme	55		
Maladies vénériennes et tréponématoses	41		
Tuberculose	86		
Autres maladies transmissibles, épidémiologie et quarantaine	59		
Services de laboratoire	41		
Chimiothérapie, antibiotiques	10		
TOTAL POUR LES SERVICES DES MALADIES TRANSMISSIBLES		292	32%
SCIENCES CLINIQUES ET MÉDICALES ET ENSEIGNEMENT			
Médecine clinique			
Chirurgie et médecine	25 (25)		
Anesthésiologie	17		
Radiologie	6		
Hématologie, banque de sang	1		
Autres spécialités médicales et chirurgicales	40		
Total partiel	89		9%
Sciences médicales et enseignement			
Anatomie et histologie	2		
Physiologie	—		
Biophysique, biochimie et chimie	—		
Pathologie	2		
Pharmacologie	2		
Personnel médical, méthodes d'enseignement	3		
Total partiel	9		1%
TOTAL POUR LES SCIENCES CLINIQUES ET MÉDICALES ET L'ENSEIGNEMENT		98	10%
TOTAL GÉNÉRAL		894	100%

4. RÉPARTITION DES VISITES DANS LES DIFFÉRENTS PAYS SUIVANT LA RÉGION D'ORIGINE DES BOURSIERS ET LA RÉGION OÙ ILS FONT LEURS ÉTUDES

Région d'origine	Nombre total de visites dans les différents pays [1]	Région où ont lieu les études					
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Afrique	64	1	12	—	50	1	—
Amériques	220	—	168	—	46	—	6
Asie du Sud-Est	142	—	19	30	65	4	24
Europe	403	—	34	—	363	6	—
Méditerranée orientale	266	5	18	—	156	79	8
Pacifique occidental	138	—	22	4	29	—	83
TOTAL	1.233	6	273	34	709	90	121

[1] Le même boursier peut visiter plusieurs pays.

ACTES OFFICIELS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ N° 51



ACTIVITÉ DE L'OMS EN 1953

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

À

L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET AUX NATIONS UNIES

INDEX

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
PALAIS DES NATIONS
GENÈVE

INDEX

Les chiffres gras indiquent les références principales ; sous les noms de pays, ils renvoient à la liste des projets.

Abattoirs, construction : Costa Rica, 133
Accord avec le Gouvernement de la France (pays hôte), 62
Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, 57
Administration de l'Assistance technique, 53, 54
Administration de la santé publique, 21, 41, 160
    Voir aussi Services de santé publique
Adoption, problèmes de santé mentale s'y rattachant, 26
Aëdes aegypti, 14, 71, 74, 135
Aéroports, hygiène et salubrité, 22, 119
Afghanistan, 15, 40, 77, **136**
Africains, comportement psychologique à l'égard des sciences médicales, 70
Afrique, **67-70**, **129-30**, 164, 186
    Bureau régional, 68
        Accord avec le Gouvernement de la France, 62
        siège, 64
    Comité régional, 64, 68
Afrique-Equatoriale française, **130**
Afrique française, **130**
Afrique-Occidentale française, 5, 69
Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée, *voir* UNKRA
Alcool, comité d'experts, 53, 158
Alcoolisme, 53
    Amériques, 25, 26, 164
Amériques, **71-6**, **131-2**, **164-6**, 186-7
Amphétamine, 52
Anatoxine diphtérique, 49
Anesthésiologie, 86, 87
Ankylostomiase : Irak, 146 ; Paraguay, 75, 135
Annuaire démographique, 47
Antibiotiques, 4, **53-4**
    production : Chili, 133 ; Inde, 138
Arabie Saoudite, 37, **144**
Archives médicales, *voir* Fichiers médicaux
Asie du Sud-Est, **77-83**, **135**, 166, 187
Assainissement, **21-3**, 118, 159
    Afghanistan, 136 ; Amériques, 132, 164 ; Asie du Sud-Est, 77, 166 ; Bolivie, 132 ; Brésil, 23, 73, 131 ; Chili, 23, 73, 131 ; Egypte, 144 ; Europe, 87, 92, 142 ; Grèce, 142 ; Guatemala, 134 ; Indonésie, 140 ; Libéria, 23, 130 ; Mexique, 23, 73, 131 ; Pacifique occidental, 109 ; Paraguay, 75 ; Thaïlande, 82, 140
Assistance aux établissements d'enseignement, **40-1**
Assistance sociale aux cas individuels (social case-work) : Europe, 142
Assistance sociale dans les régions rurales, colloque : Amérique latine, 132
Assistance technique, 62-3, 72-3, 85-6, 98, 99, **122-6**
    Voir aussi Administration de l'Assistance technique
Assistantes médico-sociales, 30, 87
    Voir aussi Infirmières visiteuses
Association internationale de Microbiologie, *voir* Congrès international de Microbiologie
Association internationale de Pédiatrie, 28
Association internationale du Transport aérien, 121
Association internationale des Universités, 41
Association médicale mondiale, 36, 120
Association scientifique du Pacifique, 121
Associations pour les Nations Unies, 107, 120
Autriche, 86, **142**

Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement, 70, 119
Barbade, 76
Barème des contributions, 63
BCG, 10, 11, 16, 18-19
    Amériques, 132 ; Birmanie, 136 ; Brunéi, 110, 148 ; Cambodge, 110, 149 ; Costa Rica, 133 ; Equateur, 134 ; Ethiopie, 145 ; Honduras britannique, 134 ; Hong-kong, 110 ; Inde, 10, 138 ; Indonésie, 139 ; Irak, 145 ; Iran, 146 ; Jamaïque, 134 ; Jordanie, 146 ; Libye, 147 ; Pacifique occidental, 109 ; Pakistan, 147 ; Philippines, 110, 150 ; Salvador, 135 ; Sarawak, 108, 110, 111, 150 ; Soudan, 147 ; Taïwan, 110, 149 ; Thaïlande, 140 ; Trinité, 135 ; Turquie, 143 ; Viet-Nam, 110
    production, 110
Bechuanaland, 7, 69, **130**
Béjel : Irak, 7, 145 ; Syrie, 148
Bibliographie, Comité consultatif international (UNESCO), 57
Bibliothéconomie, 31, 93-4
        Pérou, 135
Bibliothèque et documentation, **58**
Bibliothèques médicales, Congrès international, 58, 94
Bilharziose, 4, **17**
    Afrique, 130 ; Egypte, 145 ; Méditerranée orientale, 144 ; Philippines, 150 ; Syrie, 148
Biostatistique, Centre interaméricain, 47, 73, 132, 166
Birmanie, 12, 16, 28, 29, 116, **136-7**
    hygiène de la maternité et de l'enfance et lutte antivénérienne, 80-1, 136
    paludisme, 80, 136
    réorganisation des services de santé publique, 20, 77, 81, 137
Bolivie, 37, 76, **132**
Bourses d'études, **37-8**
    Afrique, 70 ; Amériques, 72 ; Asie du Sud-Est, 80 ; Europe, 87, 93 ; Méditerranée orientale, 97, 99-100 ; Pacifique occidental, 106, 107
    liste, 186-90

Brésil, 16, **132**
  assainissement, formation professionnelle, 23, 73, 131
British Medical Research Council, 19
Brucellose, 4, **11**, 50
  centres FAO/OMS, 151
Brunéi, 5, 15, 29, 108, 109, 110, **148**
Budget(s)
  de 1953, 63, 175
  régionaux, 84
  Voir aussi Programme et budget
Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 58
Bureau de l'Assistance technique, 122, 123, 124, 125
Bureau de Recherches sur la Tuberculose, 10, **18-19**
Bureau international de l'Education, 119
Bureau international pour la Protection de la Propriété industrielle, 121
Bureaux régionaux
  Afrique, 68
    Accord avec Gouvernement de la France, 62
    siège, 64
  Amériques, 72
  Asie du Sud-Est, 79-80
  Europe, 85
    siège, 64, 84
  Méditerranée orientale, 98-9
  Pacifique occidental, 106-7
Bureau Sanitaire Panaméricain, 72, 125

Caisse commune des Pensions du Personnel, 64
Cambodge, 15, 107, 108, 109, 110, 111, **148-9**
Cameroun sous tutelle française, paludisme, 5, 69, 130
Campagne internationale contre la Tuberculose, 18-19
Cancer, 48
Cardiolipine, 9
CARE, 56
CCTA, 68, 70
Central Council for Health Education, 120
Centre de Classement des Maladies, 47
Centre d'Etude des Souches pour les Amériques, 13
Centre interaméricain de Biostatistique, 47, 73, 132, 166
Centre international de l'Enfance, 57, 85, 86, 94, 117, 118
Centre international des Salmonellae et des Escherichiae, 49, **51**
Centre mondial de la Grippe, 13
Centre de Recherches sur l'Immunisation contre la Tuberculose, 19
Centres internationaux des Shigellae, 121
Ceylan, 12, 27, 29, 31, **137**
  éducation sanitaire, 33, 81, 137
Chili, 16, 76, **133**
  assainissement, formation professionnelle, 23, 73, 131
  statistiques démographiques et sanitaires, 73
Chimie pure et appliquée, Union internationale de, 121
Chine (Taïwan) 27, 29, 108, 109, 110, **149**
  contributions, 63, 180
  lutte antivénérienne, 111, 149
  lutte contre le paludisme et les insectes, 5, 109, 149
  trachome, 15, 110, 149
Chirurgie thoraco-pulmonaire, 88
Choléra, **17**, 50 ; Pakistan, 17, 147
Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé, 58, 79, 107
CIOMS, 39, 57, 119-20
Classement des Maladies, Centre de, 47
Climatologie, Commission de, (OMM) 46
CODEPID (Code télégraphique épidémiologique), 46, 58

Code sanitaire panaméricain, 42
Collectivités, aménagement, 21, 41, 115, 116
Collectivités isolées, 121
Colloques organisés par l'OMS, liste, 87-91, 164-7
Colombie, 16, **133**
  lutte contre les insectes, 73-4, 133
  réorganisation des services de santé publique, 20, 133
Colombo, Plan de, 79, 125
Combattants, Fédération mondiale des Anciens, 117
Comité administratif de Coordination, 41, 64, 115, 116, 123
Comité de l'Assistance technique, 122, 123, 124
Comité central permanent de l'Opium, 53
Comité consultatif de Coopération technique du Plan de Colombo, 79
Comité consultatif international de Bibliographie de l'UNESCO, 57
Comité consultatif de Recherches sur la Zone aride (UNESCO), 119
Comité(s) d'experts
  administration de la santé publique, 21, 41, 160
  alcool, 53, 158
  assainissement, 22, 159
  drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie, 52, 53, 59
  éducation sanitaire de la population, 33, 159
  fièvre jaune, 14, 43, 69, 161
  formation professionnelle et technique du personnel médical et auxiliaire, 36, 39, 40
  grippe, 14
  hépatite, 15
  insecticides, 56
  lèpre, 16
  liste de membres, 158-61
  maladies rhumatismales, 31, 160
  maladies vénériennes et tréponématoses, 7, 56, 161
  onchocercose, 16, 159-60
  paludisme, 159
  pharmacopée internationale, 51, 159
  poliomyélite, 13, 14, 160
  rage, 11, 160
  santé mentale, 26
  services d'hygiène scolaire, 27, 118
  soins infirmiers, 29
  standardisation biologique, 9, 12, 49, 158
  statistiques sanitaires, 47
  trachome, 15
  vaccination antituberculeuse, 11, 16, 160
Comité intergouvernemental pour les Migrations européennes, 117, 121
Comité international de la Croix-Rouge, 120
Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires, 121
Comité(s) mixte(s) d'experts
  enfance mentalement insuffisante, 117, 161
  enfance physiquement diminuée, 27, 117
Comité mixte FAO/OMS d'experts
  de la Brucellose, 11
  de la Nutrition, 24
Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires, 118
Comité mixte OIT/OMS
  de l'Hygiène des Gens de Mer, 31
  de la Médecine du Travail, 30, 118
Comité de Nomenclature et de Statistique des Tumeurs, 48
Comité de la Quarantaine internationale, 14, 42, 43
  composition, 161-2

Comités régionaux
Afrique, 64, 68
Amériques, 71-2
Asie du Sud-Est, 78-9
Europe, 84-5
Méditerranée orientale, 98
Pacifique occidental, 105-6
Commission de Climatologie de l'OMM, 46
Commission de Coopération technique en Afrique au sud du Sahara, *voir* CCTA
Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient, 117
Commission Economique pour l'Europe, 117, 119
Commission internationale antivénérienne du Rhin, 84, 89, 118
Commission du Pacifique sud, 46, 106, 121
Commission des Stupéfiants, 52, 53
Commission des Transports et des Communications, 119
Commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires, 47
Compte d'attente de l'Assemblée, 63
Conducteurs d'automobiles, examen médical, 31, 117
Conférence des pays du Pacifique sur la tuberculose, 109
Conférence internationale de Service social, Septième, 120
Conférence internationale annuelle de l'instruction publique (UNESCO/Bureau international de l'Education), 119
Conférence latino-américaine sur la nutrition, troisième, 24, 132
Conférence mondiale sur l'enseignement médical, première, 36, 40, 60, 120
Conférence régionale asienne de l'OIT, 106, 117
Conférence Sanitaire Panaméricaine, quatorzième, 72
Conférences
OMS, 162-3
ONU et institutions spécialisées, 168-70
organisations non gouvernementales et autres, 171-3
Congrès, organisation, 39
Congrès international sur les Bibliothèques médicales, premier, 58, 94
Congrès international des Hôpitaux, huitième, 31
Congrès international de la Lèpre, sixième, 16
Congrès international de Médecine tropicale et du Paludisme, cinquième, 5
Congrès international de Médecine vétérinaire, 11
Congrès international de Microbiologie, 11, 13, 121
Congrès scientifique du Pacifique, huitième, 106-7
Conseil Economique et Social, 117, 123, 124, 125
Conseil Exécutif, composition, 156
Conseil international des Infirmières, 30, 120
Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, *voir* CIOMS
Contributions
arriérés, 180
barème, 63
Chine, 63
état, 176-7, 180
Convention sur les Privilèges et Immunités des Institutions spécialisées, **62**, 98
Cook (îles), 111
Co-operative for American Remittances to Europe Inc., *voir* CARE
Coordination des travaux de l'OMS avec ceux d'autres organisations, **115-21**
Coqueluche, **16**
campagnes de vaccination : Brésil, 16, 132 ; Chili, 16, 133 ; Colombie, 16, 133 ; Ile Maurice, 16, 69, 130
Corée, 108, **149**
Costa Rica, 12, **133**
soins infirmiers, 29, 74, 133
Côte de l'Or, 69
Cours de formation professionnelle organisés par l'OMS, liste, 87-91, 164-7
Croix-Rouge
Comité international de la, 120
Ligue des Sociétés de la, 120

Danemark, 141, **142**
DDT, 6, 23, 55, 56, 66, 74
production, 54
Inde, 138
Voir aussi Lutte contre les insectes
Démonstrations sanitaires, zone(s) de : Egypte, Calioub, 21, 145 ; Salvador, 21, 135
Dénominations communes internationales des médicaments, 51, 52, 121
Diacétylmorphine (héroïne), 52
Dieldrine, 6
Diphtérie, **16**, 49-50
campagnes de vaccination : Brésil, 16, 132 ; Chili, 16, 133 ; Colombie, 16, 133 ; Hong-kong, 149
Directives sanitaires, Comité mixte FISE/OMS des, 118
Discussions techniques à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, 4
Documentation médicale, 57
Documents fondamentaux, Recueil des, 58
Drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie, **52-3**, 159
Droit international médical, 120

Eau potable : Bolivie, 132
normes, 21, 22, 87, 92
Eaux, services des : Amériques, 132, 164 ; Asie du Sud-Est, 166
Echange d'informations scientifiques, **39-40**
Echantillons biologiques, transport, 121
Ecoles de médecine, répertoire, 41, 58
Ecoles de santé publique, assistance aux, 40, 41
Italie, 143 ; Pays-Bas, 143 ; Turquie, 143
Education, Bureau international de l', 119
Education de base, 33, 81, 116, 134
Education sanitaire populaire, Union internationale pour l', 33
Education sanitaire de la population, **32-3**, 116, 120, 159
Amériques, 164 ; Ceylan, 33, 81, 137 ; Europe, 86, 88 ; Honduras, 33, 134 ; Italie, 143 ; Libéria, 33, 131 ; Libye, 33, 147 ; Méditerranée orientale, 33, 144 ; Mexique, 33, 134 ; Pacifique occidental, 109 ; Réfugiés de Palestine, 34 ; Sarawak, 33, 151 ; Singapour, 32, 33, 109 ; Turquie, 32
Egypte, 17, 30, 33, 39, 40, **144-5**
lutte antivénérienne, 8, 101, 144
zone de démonstrations sanitaires, 21, 145
Enfance
action à long terme en faveur de, 28, 116
Centre international de l', 57, 85, 86, 94, 117, 118
mentalement insuffisante, 117, 161
Enfants
physiquement diminués, réadaptation, 31, 117
Autriche, 142 ; Europe, 86, 90 ; France, 142 ; Grèce, 142 ; Israël, 146 ; Italie, 142 ; Japon, 150 ; Yougoslavie, 144
santé mentale, 26, 27, 28, 117
Europe, 86, 88, 94-5 ; Pacifique occidental, 26, 107, 167 ; Philippines, 150

Enfants (*suite*)
prématurés, soins aux, 28, 86
France, 94, 142 ; Italie, 94, 143 ; Yougoslavie, 94, 143
Voir aussi Hygiène de la maternité et de l'enfance ; Pédiatrie ; Services d'hygiène scolaire
Enquêtes sociologiques
Afrique française, 69, 130
Voir aussi Ethnologie appliquée
Enseignement, assistance aux établissements, **40-1**
Afghanistan, 40, 136 ; Amériques, 132 ; Autriche, 142 ; Cambodge, 107, 149 ; Danemark, 142 ; Equateur, 40, 134 ; Inde, 40, 138, 139 ; Indonésie, 40, 140 ; Irak, 145 ; Kenya, 130 ; Liban, 40, 146 ; Nigeria, 131 ; Norvège, 143 ; Pakistan, 40, 147 ; Paraguay, 40, 135 ; Philippines, 41, 107, 150 ; Singapour, 40, 107, 151
Voir aussi Ecoles de santé publique
Enseignement et formation professionnelle, **36-41**
Europe, 84 ; Pacifique occidental, 107-8
Voir aussi Cours de formation professionnelle
Enseignement médical
bureau d'information, 40
première conférence mondiale, 36, 40, 60, 120
Epidémiologie, services, **42-8**
Epizooties, Office international des, 11
Equateur, 40, 76, **133-4**
Escherichiae, Centre international des Salmonellae et des, 49, 51
Espagne, 86, **142**
leptospirose, 12, 92
Est-Africain (territoires britanniques), **130**
Etalons biologiques internationaux, **50-1**
Etalons pharmaceutiques, **51-2**
Etats Membres de l'OMS, **62**
liste, 155
Ethiopie, 16, 37, **145**
Ethnologie appliquée
Amérique latine, 132 ; Pérou, 135
Voir aussi Enquêtes sociologiques
Europe, **84-96**, **140-2**, 187
Bureau régional, 85
siège, 64, 84
Examen médical
conducteurs d'automobiles, 31, 117
migrants, 31, 118
Experts, *voir* Comité(s) d'experts ; Tableau(x) d'experts
Explications et instructions complémentaires pour le chiffrage des causes de décès, 47

FAO, 11, 21, 23, 24, 50, 85, 99, 102, 116, **119**
centres FAO/OMS de la brucellose, 151
Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, 120
Fédération mondiale des Anciens Combattants, 117
Fichiers médicaux : Pérou, 31, 135
Fidji (îles), 111
Fièvre aphteuse : Amériques, 165
Fièvre jaune, **14-15**, 43, 69, 71, 130, 161, 164
Fièvre Q, **12**, 50
Fièvre typhoïde, **16**
Finlande, 30, 86, 95, **142**
FISE, 3, 10, 15, 16, 27, 31, 62, 69, 70, 74, 81, 85, 86, 100, 106, 108, 110, 116, **118**
contribution aux projets d'assistance technique, 125
Florence Nightingale, Fondation internationale, 30

Fluor, adjonction à l'eau, 32
Fonctionnaires supérieurs de l'OMS, 182
Fondation Rockefeller, 85, 107
Fonds de l'assistance technique, 62-3
Fonds de roulement, **63**
état des avances, 178-9
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, *voir* FISE
Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance médicale aux Indigènes du Congo belge, 70
Foreign Operations Administration, 77, 79, 125
Formation professionnelle, *voir* Cours de formation professionnelle ; Enseignement, assistance aux établissements ; Enseignement et formation professionnelle ; Enseignement médical ; Personnel médical et auxiliaire
Fournitures de bureau, **64**
Fournitures médicales
livraison, 35, **55-6**, 99, 117, 118
organisation des dépôts : Ceylan, 31, 137
France, **142**
accord avec l'OMS (Bureau régional de l'Afrique), 62
soins aux prématurés, 94, 142

Gambie, 23
Gamma-globuline, 4, 14, 15
Génie sanitaire, *voir* Assainissement
Gens de mer, hygiène, 31, 118
Goitre endémique, 23, 24, 25
Grèce, 31, 86, **142**
Grippe, **13-14**
centres, 151
Grippe, Centre mondial de la, 13
Groupe de travail
inter-organisations (FAO/FISE/OMS) sur le lait et les produits laitiers, 22
technique pour une action à long terme en faveur de l'enfance (CAC), 28
technique sur les bourses d'études (BAT), 38
technique spécial pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées (CAC), 31
Groupe d'experts sur la Prématurité, 27
Groupes sanguins, laboratoire international de référence pour la détermination des, 49, **51**, 151
Guatemala, 15, 76, **134**

Habitat, 117
Pacifique occidental, 106
Haïti, 7, 76, **134**
Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 118
HCH, 6, 23, 55
Hépatite à virus, **15**
Héroïne (diacétylmorphine), 52
Histoplasmose, 13
Honduras, 15
éducation sanitaire, 33, **134**
Honduras britannique, **134**
Hong-kong, 15, 110, 111, **149**
Hôpitaux, 31
administration : Colombie, 133
construction : Pacifique occidental, 111 ; Turquie, 31, 142
services de diététique : Ceylan, 137
Hôpitaux, VIII[e] Congrès international, 31
Hygiène alimentaire, 11, **12-13**
Birmanie, 12, 137 ; Ceylan, 12, 137 ; Costa Rica, 12, 133 ; Inde, 12, 139 ; Méditerranée orientale, 144

Hygiène de la maternité et de l'enfance, **27-8**
Afghanistan, 136 ; Birmanie, 80-1, 136, 137 ; Cambodge, 149 ; Ceylan, 137 ; Chili, 133 ; Colombie, 133 ; Europe, 86, 88 ; Grèce, 142 ; Hong-kong, 149 ; Inde, 137, 138 ; Indonésie, 139 ; Irak, 145 ; Irlande, 142 ; Japon, 149 ; Liban, 146 ; Libéria, 130 ; Pacifique occidental, 108 ; Pakistan, 27, 100-1, 147 ; Paraguay, 134 ; Pérou, 135 ; Syrie, 148 ; Taïwan, 149 ; Thaïlande, 82, 140 ; Turquie, 143
Voir aussi Enfants ; Pédiatrie
Hygiène dentaire, **32**
Hygiène des gens de mer, 31, 118
Hygiène et salubrité des ports et aéroports, 22
Hygiène mentale à l'école maternelle, 26
Hygiène industrielle : Inde, 139
Voir aussi Hygiène sociale et médecine du travail
Hygiène publique vétérinaire, **11-13**, 92
Hygiène scolaire, 27, 82, 86, 90, 98, 119
Hygiène sociale et médecine du travail, **30-1**, 118
Europe, 89, 95
Voir aussi Hygiène industrielle

Inde, 7, 10, 12, 15, 17, 27, 29, 31, 41, 79, **137-9**
lutte antivénérienne, 8, 82, 138, 139
mission d'enseignement médical, 39, 40, 139
mission norvégienne, 79, 125
paludisme, 5, 138
pharmacologie, 81-2, 138, 139
Index et périodiques analytiques courants sur les sciences médicales et biologiques, 58
Indian Council of Medical Research, 82
Indian Veterinary Research Institute, 11
Indonésie, 7, 24, 40, 79, **139-40**
mission d'enseignement médical, 39, 40, 140
Infirmières, *voir* Soins infirmiers
Infirmières, Conseil international des, 30, 120
Infirmières visiteuses, 27, 100, 147
Voir aussi Assistantes médico-sociales
Information, **59-61**
Afrique, 70 ; Amériques, 72 ; Asie du Sud-Est, 79 ; Méditerranée orientale, 99 ; Pacifique occidental, 107
Information épidémiologique, **43-6**
Voir aussi Maladies transmissibles
Informations scientifiques, échange, **39-40**
Ingénieurs sanitaires, *voir* Assainissement
Insectes
lutte contre les, 22
Amériques, 131, 165 ; Brunéi, 109, 148 ; Cambodge, 109, 140 ; Ceylan, 137 ; Colombie, 73-4, 133 ; Europe, 86, 88 ; Iran, 146 ; Pacifique, 109 ; Paraguay, 134 ; Pérou, 135 ; Philippines, 109 ; République Dominicaine, 135 ; Sarawak, 109, 150 ; Taïwan, 5, 109, 149 ; Viet-Nam, 151
vecteurs dans trafic aérien international, 43
Insecticides, 4, 22, 23, **53-4**, 56, 58
Institut de la Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama, 24
Institute of Inter-American Affairs, 74
Institutions spécialisées, **118-19**
Voir aussi Conférences
Instruction publique, Conférence internationale annuelle de l', 119
Invalides, Société internationale pour la Protection des, 31
Irak, 7, 17, **145**
Iran, 15, 17, 28, 30, **146**
paludisme, 103, 146

Irlande, **142**
Isoniazide, 4
Israël, 11, 29, 31, **146**
Italie, **142-3**
soins aux prématurés, 94, 143

Jamaïque, **134**
Japon, 28, 31, 41, **149-50**
Johns Hopkins, Université, 107
Jordanie, Royaume Hachimite de, **146**
Josiah Macy Jr Foundation, 24
Journée mondiale de la Santé, **60-1**, 70, 99, 107

Katt, 53
Kenya, **130**
Kwashiorkor, 27

Laboratoire international de Référence pour la Détermination des Groupes sanguins, 49, **51**, 151
Laboratoire international des Tréponématoses, 8
Laboratoire international pour les préparations sérologiques de référence, 9
Laboratoires de santé publique : Afghanistan, 77 ; Europe, 91 ; Jordanie, 146 ; Méditerranée orientale, 98 ; Panama, 75
Lait, contrôle de la salubrité, 13, 22, 88, 92, 118, 119
Lait et produits laitiers, Groupe de travail inter-organisations (FAO/FISE/OMS), 22
Laos, 37, **150**
pian, 7, 110
Lécithine, 9
Législation sanitaire, 58
Lèpre, 4, **16-17**, 118
Birmanie, 16, 136 ; Ethiopie, 16, 145 ; Inde, 79 ; Thaïlande, 16, 140 ; Turquie, 16, 143
Lèpre, Société internationale de la, 16
Leptospirose, **12**
Espagne, 12, 92
Liban, 5, 40, **146**
Libéria, 23, 37, **130-1**
paludisme et pian, 5, 7, 69, 130, 131
Libye, 28, 37, **147**
éducation sanitaire, 33, 147
Ligue internationale contre le Rhumatisme, 31
Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, 120
Locaux du Siège, **64**
Logement, 117
Voir aussi Habitat

Maladies, Centre de Classement des, 47
Maladies et causes de décès, nomenclatures internationales, 47
Maladies parasitaires : Irak, 145
Maladies rhumatismales, 31, 160
Maladies transmissibles, **3-17**
Amériques, 76 ; Europe, 86, 91 ; Espagne, 142 ; Réfugiés de Palestine, 34
enregistrement, 48, 166
Voir aussi Information épidémiologique
Maladies vénériennes, **7-9**, 161
Afghanistan, 136 ; Amériques, 132 ; Arabie Saoudite, 144 ; Birmanie, 80-1, 136 ; Ceylan, 137 ; Egypte, 8, 101, 144 ; Equateur, 134 ; Ethiopie, 145 ; Europe, 9, 84, 89, 91, 141 ; Inde, 8, 82, 138 ; Iran, 146 ; Laos, 150 ; Pakistan, 147 ; Paraguay, 135 ; Taïwan, 111, 149 ; Turquie, 143
Voir aussi Commission internationale antivénérienne du Rhin ; Syphilis ; Union internationale contre le Péril vénérien

Maladies à virus, 4, **13-15**
Malaisie, 11, 15, 29, 108, 109, 111, **150**
Malnutrition protidique, 23, 24
Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès, 47
Manuel des techniques de laboratoire relatives à la rage, 12
Maroc (zone française), 15, 86, **143**
Matériel audio-visuel d'enseignement, enquête sur la production : Ceylan, 137 ; Inde, 139
Matériel nécessaire pour les écoles de médecine, liste, 41
Maurice (île), vaccination contre la coqueluche, 16, 69, **130**
Médecine du travail, *voir* Hygiène sociale et médecine du travail
Médecine et Pharmacie militaires, Comité international de, 121
Médecine légale, services de : Ceylan, 137 ; Liban, 146
Médecine préventive et sociale, 40
  Europe, 36, 89 ; Liban, 146
Médecine tropicale et Paludisme, V[e] Congrès international, 5
Médecine vétérinaire, Congrès international, 11
Médicaments, **49-54**
Méditerranée orientale, **97-104**, **144**, 166, 188
  étude sur la tuberculose, 12
Membres associés, droits et obligations dans comités régionaux, 72, 78, 84, 106
Membres de l'OMS, **62**
  liste des Etats Membres, 155
Métabolisme protidique, 24
Mexique, 29, 33, **134**
  assainissement, formation professionnelle, 23, 73, 131
Microbiologie, Congrès international de, 11, 13, 121
Migrants, critères médicaux pour leur sélection, 31, 118
Migrations européennes, Comité intergouvernemental pour les, 117, 121
Missions d'enseignement médical, 36, 39, 40
  Inde, 39, 40, 139 ; Indonésie, 39, 40, 140
Molluscocides, 17
Monographies, 58
Morbidité, enquête : Danemark, 141
Mortalité infantile, 94
Mouches domestiques, lutte contre les, 22
Moyens visuels pour l'éducation de base, 33
  Voir aussi Matériel audio-visuel d'enseignement

Nalorphine, 52
Nations Unies, *voir* Organisation des Nations Unies
Népal, 77
Nicaragua, 15, 76
Nigeria, 5, 7, 69, **131**
Nomenclature pharmaceutique, **51-2**
Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès, 47
Nord-Bornéo, 15, 108, 109, **150**
Normalisation, Organisation internationale de, 121
Norvège, **143**
  mission norvégienne dans l'Inde, 79, 125
Nouvelle-Guinée néerlandaise, 111
Nouvelle-Zélande, 108
Nutrition, **23-5**, 119
  Afrique-Equatoriale française, 130 ; Amériques, 23, 24, 25, 132 ; Asie du Sud-Est, 23, 24, 25, 135 ; Indonésie, 24, 139 ; Réfugiés de Palestine, 25, 34 ; Territoires belges en Afrique, 131
  Voir aussi Hygiène alimentaire

OACI, 22, 46, 119
Obstétrique, 28, 102
  Voir aussi Soins infirmiers
Office international des Epizooties, 11
Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient, *voir* UNRWAPRNE
OIT, 21, 30, 31, 85, 95, 106, 116, 117, **118**
OMM, 46
OMS, fonctionnaires supérieurs, 182
OMS Nouvelles, 59-60, 107
Onchocercose, 4, **16**, 159-60
Opium, Comité central permanent de l', 53
Ophtalmologie : Méditerranée orientale, 39, 166
Ophtalmologie, Société égyptienne d', 39
Organe de Contrôle des Stupéfiants des Nations Unies, 52, 53
Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture, *voir* FAO
Organisation de l'Aviation Civile Internationale, *voir* OACI
Organisation Météorologique Mondiale, *voir* OMM
Organisation des Nations Unies, 21, 46, 47, 48, 60, 64, 85, 99, 106, 116, **117-18**
  missions
    Amériques (Hautes Andes), 21, 131
    Birmanie, 21, 116, 137
Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, *voir* UNESCO
Organisation internationale de Normalisation, 121
Organisation Internationale du Travail, *voir* OIT
Organisation Sanitaire Panaméricaine, 71, 73
Organisations intergouvernementales, **121**
Organisations non gouvernementales, 79, 107, **119-21**
  admises à des relations officielles avec l'OMS, liste, 174
  conférences et réunions convoquées en 1953, 171-3

Pacifique, Association scientifique du, 121
Pacifique occidental, **105-11**, **148**, 167, 188
Pacifique sud, Commission du, 46, 106, 121
Pakistan, 17, 28, 29, 40, **147**
  hygiène de la maternité et de l'enfance, 27, 100-1, 147
Palais des Nations, 64
Palestine, *voir* Réfugiés de Palestine
Paludisme, **5-7**, 78, 105, 159
  Afghanistan, 136 ; Afrique, 5, 69, 129, 130 ; Birmanie, 80, 136 ; Brunéi, 5, 109, 148 ; Cambodge, 109, 148 ; Inde, 5, 138 ; Indonésie, 139 ; Irak, 145 ; Iran, 103, 146 ; Liban, 5, 146 ; Libéria, 5, 131 ; Nigeria, 5 ; Pacifique occidental, 105, 109 ; Philippines, 5, 109, 150 ; Réfugiés de Palestine, 34 ; Sarawak, 5, 109, 149 ; Taïwan, 5, 109, 149 ; Viet-Nam, 5, 151
  Conférence de Bangkok, 5, 109, 151
PAM, 7, 56
Panama, 15
  services ruraux de santé publique, 20, 74-5, 76, **134**
Paraguay, 29, 40, 76, **134-5**
  ankylostomiase et variole, 75, 135
Pays-Bas, **143**
Pédiatrie, 28, 89
  Voir aussi Hygiène de la maternité et de l'enfance
Pédiatrie, Association internationale de, 28
Pénicilline, 7, 8, 54, 56
  Chili, 133
  Voir aussi Antibiotiques
Période périnatale, problèmes, 90, 94
Permis de conduire, examen médical des candidats, 31
Pérou, 15, 29, 31, 76, **135**
Personnel, **64**, 68, 79, 84, 85, 98, 106
  effectif et répartition, 183-4
  fonctionnaires supérieurs de l'OMS, 182
  répartition d'après la nationalité, 185

Personnel auxiliaire, 41, 116
Personnel médical et auxiliaire, formation, 41, 116
Amériques, 71, 73, 74, 76 ; Asie du Sud-Est, 78, 80, 81 ; Europe, 86, 87-91 ; Méditerranée orientale, 104 ; Pacifique occidental, 195
Personnes physiquement diminuées, réadaptation, 31, 86, 89, 116-17
Turquie, 143
Voir aussi Enfants
Peste, **17**
Inde, 17, 139
Pharmacologie : Inde, 81-2, 138, 139
Pharmacopée internationale, 51, 159
Pharmacopoea Internationalis, 51
Philippines, 15, 17, 28, 110, **150**
assistance aux établissements d'enseignement, 41, 107, 150
paludisme, 5, 109, 150
pian, 7, 110, 150
Physiothérapie : Inde, 139
Pian : Haïti, 7, 134 ; Inde, 7, 138 ; Laos, **7**, 110 ; Libéria, 7, 69, 130 ; Nigeria, 7, 69 ; Pacifique occidental, 110-11 ; Philippines, 7, 110, 150 ; Sarawak, 108, 110, 111, 150
Voir aussi Tréponématoses
Plan de Colombo, 125
Poliomyélite, 4, 13, **14**, 160
Ports, hygiène et salubrité, 22
Prématurés, soins aux, 28, 86
France, 94, 142 ; Italie, 94, 143 ; Yougoslavie, 94, 143
Prématurité, 27
Préparations sérologiques de référence, laboratoire international pour les, 9
Privilèges et Immunités des Institutions spécialisées, Convention, **62**, 98
Procréation dirigée, études pilotes : Inde, 138
Produits à effet morphinique, 53
Produits biologiques, transport par poste, 49, **51**, 119, 121
Programme et budget : Afrique, 68 ; Amériques, 71 ; Asie du Sud-Est, 78 ; Europe, 84 ; Pacifique occidental, 105
Voir aussi Budget(s)
Programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique, **122-6**
Propriété industrielle, Bureau international pour la Protection de la, 121
Protection maternelle et infantile, *voir* Hygiène de la maternité et de l'enfance
Prothèse, appareils, 31, 117
Psychiatrie, 26
Afrique, 69 ; Danemark, 142
Voir aussi Enfants ; Santé mentale
Psychologie normale et pathologique de l'Africain, 26, 68
Publications, **57-8**

Quarantaine : Arabie Saoudite, 149 ; Indonésie, 79
Quarantaine internationale, 14, **42-6**, 121, 161 ;

Radiographie : Costa Rica, 133
Radiologie, appareils, **56**
Rage, 4, **11-12**, 151, 160
Mexique, 134
Rage, manuel des techniques de laboratoire, 12
Rapport épidémiologique et démographique, 46
Rapport préliminaire sur la situation sociale dans le monde, 115
Rapports techniques, 58
Réadaptation des personnes physiquement diminuées, 31, 86, 89, 116-17
Turquie, 143
Voir aussi Enfants
Recherche, échange d'informations, 39
Recherches sur la Zone aride, Comité consultatif de l'UNESCO, 119
Recueil de normes applicables aux insecticides, 58
Recueil des Documents fondamentaux, 58
Recueil des Résolutions et Décisions, 58
Recueil international de Législation sanitaire, 58
Réfugiés de Palestine, 25, **33-5**
Réfugiés, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les, 118
Région(s)
Afrique, **67-70**, **129-31**, 164
Amériques, **71-76**, **131-2**, 164
Asie du Sud-Est, **77-83**, **135**, 166
Europe, **84-96**, **140-2**
Méditerranée orientale, **97-104**, **144**, 166
étude sur la tuberculose, 12
Pacifique occidental, **105-11**, **148**, 167
Règlement sanitaire international, **42-3**, 44-6
Voir aussi Quarantaine internationale
Relevé épidémiologique hebdomadaire, 46
Renseignements complémentaires sur le certificat médical de la cause de décès, 47
Répertoire mondial des Ecoles de Médecine, 41, 58
République Dominicaine, **135**
Research Medical Council, 16
Résolutions et décisions, Recueil des, 58
Réunion mixte ONU/OMS d'experts des problèmes de santé mentale se rattachant à l'adoption, 28
Réunions
OMS, 162-3, 174
ONU et institutions spécialisées, 168-70
organisations non gouvernementales et autres, 171-3
Rhumatisme, *voir* Maladies rhumatismales
Rhumatisme, Ligue internationale contre le, 31
Rickettsioses, **13-15**
Rockefeller, Fondation, 85, 107
Royaume Hachimite de Jordanie, **146**

Sages-femmes, *voir* Obstétrique
Salmonellae et Escherichiae, Centre international des, 49, **51**
Salubrité, *voir* Hygiène ; Assainissement
Salvador, 27, 29, **135**
zone de démonstrations sanitaires, 21, 135
Samoa occidental, 111
Santé mentale, **25-7**, 86, 90
Amériques, 132 ; Japon, 150 ; Méditerranée orientale, 166
Voir aussi Enfants ; Psychiatrie
Santé publique, *voir* Administration de la santé publique ; Ecoles de santé publique ; Laboratoires de santé publique ; Services de santé publique ; Services nationaux de santé ; Services ruraux de santé publique
Sarawak, 15, 33, 111, **150**
lutte antipaludique, 5, 109
lutte contre le pian et vaccination par le BCG, 108, 110, 111, 150
Sciences médicales, Conseil des Organisations internationales des, 39
Scolarité obligatoire et gratuite, 119
Secrétariat du Siège, structure, **64**, **181**
Série de Rapports techniques, 57, 58
Série de Monographies, 58
Sérologie et techniques de laboratoire, sous-comité, 8, 9
Service social, Septième Conférence internationale, 120
Services des eaux : Amériques, 132, 164 ; Asie du Sud-Est, 166
Services d'épidémiologie et de statistiques sanitaires, **42-8**
Services de fichiers médicaux : Pérou, 31, 135

Services d'hygiène scolaire, 27, 82, 86, 90, 98, 119
Services de médecine légale : Ceylan, 137 ; Liban, 146
Services de santé publique, **20-35**
Afghanistan, 77, 136 ; Amériques, 76 ; Arabie Saoudite, 144 ; Asie du Sud-Est, 78 ; Autriche, 142 ; Birmanie, 20, 77, 81, 137 ; Cambodge, 149 ; Colombie, 20, 133 ; Corée, 149 ; Est-Africain (territoires britanniques), 130 ; Ethiopie, 20, 145 ; Europe 86, 87, 92-3, 141 ; Finlande, 142 ; Grèce, 142 ; Indonésie, 20 ; Iran, 20, 146 ; Liban, 146 ; Méditerranée orientale, 97-8, 104 ; Pacifique occidental, 105 ; Paraguay, 76 ; Pérou, 76, 135 ; Thaïlande, 20 ; Turquie, 143 ; Venezuela, 76, 135 ; Viet-Nam, 151 ; Yougoslavie, 144
Voir aussi Services ruraux de santé publique ; Zone(s) de démonstrations sanitaires
Services mobiles d'Hygiène et de Prophylaxie (Afrique française), 70
Services nationaux de santé, renforcement, **20-1**
Voir aussi Services de santé publique
Services ruraux de santé publique, 21, 27
Birmanie, 81 ; Panama, 20, 74-5, 76, 134 ; Thaïlande, 82-3, 140
Services sociaux, 115, 116, 120
Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, 74, 75
Seychelles, **131**
Shigellae, centres internationaux, 121
Siège
locaux, **64**
structure du secrétariat, 64, **181**
Singapour, 15, **151**
assistance aux établissements d'enseignement, 40, 107, 151
éducation sanitaire, 32, 33, 109
Social case-work : Europe, 142
Société égyptienne d'Ophtalmologie, 39
Société internationale de la Lèpre, 16
Société internationale pour la Protection des Invalides, 31
Sociologie, *voir* Enquêtes sociologiques
Soins infirmiers, **28-30**, 102, 120
Afghanistan, 29, 136 ; Afrique, 69, 129, 164 ; Amériques, 165 ; Birmanie, 28, 29, 136 ; Bolivie, 132 ; Brunéi, 29, 148 ; Cambodge, 29, 149 ; Ceylan, 29, 137 ; Costa Rica, 29, 74, 133 ; Europe, 90 ; Inde, 29, 138, 139 ; Iran, 28, 145 ; Israël, 29, 146 ; Libye, 28, 147 ; Malaisie, 29, 150 ; Méditerranée orientale, 144 ; Mexique, 29 ; Nord-Bornéo, 150 ; Pacifique occidental, 108 ; Pakistan, 28, 147 ; Singapour, 151 ; Syrie, 28, 29, 102-3, 148 ; Taïwan, 29, 149 ; Thaïlande, 28, 29, 140 ; Turquie, 29, 140
Voir aussi Assistantes médico-sociales ; Infirmières visiteuses
Soins infirmiers, législation en vigueur, 29, 30
Souches, Centre d'étude pour les Amériques, 13
Soudan, **147**
Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire (Maladies vénériennes et tréponématoses), 8, 9, 161
South Pacific Health Service, 46, 121
Standardisation biologique, 9, 12, **49-51**, 158
Statistiques, services centraux, 98
Statistiques démographiques et sanitaires, 117
Afrique, 69 ; Amériques, 73, 165 ; Turquie, 143
commissions nationales, 47
Voir aussi Centre interaméricain de Biostatistique
Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, 46, 47
Statistiques sanitaires, **46-8** ; Amériques, 166
Voir aussi Centre interaméricain de Biostatistique
Stupéfiants, 52, 53, 117
Stupéfiants, Commission des, 52, 53
Stupéfiants, Organe de Contrôle des, 52, 53
Substances biologiques, transport, 118
Substances thérapeutiques, **49-54**
Substances utilisées pour le diagnostic, étalons, 50
Syphilis : Haïti, 134 ; Irak, 145 ; Syrie, 148 ; Yougoslavie, 7
Syrie, 17, 116, **147-8**
soins infirmiers, 28, 29, 102-3, 148
tuberculose, 101-2

Tableau(x) d'experts
assainissement, 22
formation professionnelle et technique du personnel médical et auxiliaire, 36
insecticides, 22
liste 157-8
Taïwan, *voir* Chine
Technical Cooperation Administration, 103, 125
Territoires belges en Afrique, **131**
Territoires britanniques en Afrique (Est-Africain), **130**
Tétanos, 82
Thaïlande, 16, 27, 28, 29, **140**
centre sanitaire rural, 82-3, 140
tréponématoses, 7, 81, 140
Togo, 69
Toxicomanie, drogues susceptibles d'engendrer la, **52-3**, 159
Voir aussi Stupéfiants
Toxoplasmose, 4, 13
Trachome, **15**
Egypte, 145 ; Iran, 15, 146 ; Maroc (zone française), 15, 143 ; Méditerranée orientale, 166 ; Pacifique occidental, 15, 110, 148 ; Taïwan, 15, 110, 149 ; Tunisie, 15, 143
Trafic aérien international, insectes vecteurs, 43
Transport aérien, Association internationale du, 121
Transports et Communications, Commission des, 119
Tréponématoses, 7-9, 56
Afrique, 69 ; Bechuanaland, 69, 130 ; Indonésie, 139 ; Laos, 150 ; Philippines, 150 ; Sarawak, 150 ; Thaïlande, 7, 81, 140
Voir aussi Béjel ; Pian
Tréponématoses, Laboratoire international, 8
Trichinose, 13
Trinité, **135**
Tuberculose, 4, **9-11**, 18-19, 121, 160
Afrique, 69, 129 ; Birmanie, 136 ; Ceylan, 137 ; Egypte, 145 ; Equateur, 134 ; Europe, 91 ; Inde, 10, 138 ; Indonésie, 139 ; Jamaïque, 134 ; Pacifique occidental, 109-10, 167 ; Pakistan, 147 ; Paraguay, 134 ; Pérou, 135 ; Syrie, 101-2, 148 ; Thaïlande, 140 ; Trinité, 135
Tuberculose, Bureau de Recherches sur la, 10, **18-19**
Tuberculose, Campagne internationale contre la, 18-19
Tuberculose, Centre de Recherches sur l'Immunisation contre la, 19
Tuberculose, Conférence des pays du Pacifique sur la, 109
Tuberculose, Union internationale contre la, 121
Tuberculose aviaire, **12**
Tuberculose bovine, **12**, 102
Tularémie, 13
Tumeurs, Comité de Nomenclature et de Statistique des, 48
Tunisie, 15, 86, **143**
Turquie, 16, 17, 29, 30, 31, 32, 86, 95, **143**
Typhus, **15**
Afghanistan, 136 ; Bolivie, 132

UNESCO, 21, 26, 33, 41, 57, 60, 116, 117, **119**
Union internationale contre le Cancer, 48
Union internationale de Chimie pure et appliquée, 121
Union internationale pour l'Education sanitaire populaire, 33
Union internationale contre le Péril vénérien, 120
Union internationale contre la Tuberculose, 121
Union Postale Universelle (UPU), 51, 119
Université Johns Hopkins, 107
Universités, Association internationale des, 41
UNKRA, 55, 108, 118
UNRWAPRNE, 33-5, 118

Vaccination antituberculeuse, comité d'experts, 11, 16, 160
Vaccin(s)
  antiamaril, approbation, 14
  antityphoïdique, 16
  antivarioliques desséchés, 4, 15
  brucellose, 4, 11

Vaccin(s) (*suite*)
  et sérums
    production : Afghanistan, 136
    rage, 4, 11, 12
  grippe, 13
  poliomyélite, 4, 14
Variole, 4, **15**, 68
  campagne mondiale, 72, 78, 106
  Paraguay, 75, 135
Venezuela, services locaux de santé, 76, **135**
Versements, 63
Viande, salubrité, 12, 92
Viet-Nam, 5, 15, 110, 111, **151**
Vignettes de l'OMS, 63

Yougoslavie, 7, 15, 16, 30, 31, 86, 94, **143-4**

Zone(s) de démonstrations sanitaires : Egypte, Calioub, 21, 145 ; Salvador, 21, 135
Zoonoses, 4, **11-13**
  Europe, 91-2 ; Israël, 146